Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

De la mesure des résultats en ergothérapie

Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par la
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
et
l'Association canadienne des ergothérapeutes

89-03035/

DE LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE

Rapport d'un groupe de travail
mis sur pied par la
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
et
l'Association canadienne
des ergothérapeutes

Publication autorisée par
le ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

OTTAWA
Juin 1987

En vue de ce rapport, le travail de recherche a été préparé par le Dr Nancy Staisey en collaboration avec le groupe de travail.

ON PEUT OBTENIR DES EXEMPLAIRES DU PRÉSENT RAPPORT À L'ADRESSE SUIVANTE :

Division des services professionnels et des services en établissement
Direction des services de santé
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Also available in English under the title TOWARD OUTCOME MEASURES IN OCCUPATIONAL THERAPY

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1987
N° de cat. H39-114/1987F
ISBN 0-662-94640-5

AVANT-PROPOS

Dans le cadre de son programme de lignes directrices pour la pratique clinique, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (SBSC) collabore avec des professionnels de la santé à l'établissement de lignes directrices nationales devant régir la pratique clinique. Par le biais des groupes de travail qui ont été constitués, le programme devrait permettre la coordination et l'orientation des activités visant accroître la qualité des soins de santé, objectif intéressant à la fois le Ministère et les professions concernées.

Un de ces groupes de travail, mis sur pied conjointement par Santé et Bien-être social Canada et par l'Association canadienne des ergothérapeutes, a élaboré des lignes directrices nationales relatives à la pratique de l'ergothérapie, qui ont fait l'objet de deux rapports intitulés : "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client" et "Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client".

En 1986, le groupe de travail a été réorganisé et chargé d'examiner la question de la mise au point d'instruments de mesure pour évaluer les résultats des traitements d'ergothérapie. À cette fin, on a demandé au Dr Nancy Staisey d'effectuer une enquête sur la pratique actuelle de l'ergothérapie au Canada et notamment d'en évaluer les résultats. Le présent rapport, intitulé "De la mesure des résultats en ergothérapie", fait suite à cette enquête et a été préparé par le Dr Nancy Staisey en collaboration avec le groupe de travail. Les données recueillies lors de l'enquête permettent d'établir des profils de la profession au Canada, de décrire les milieux de travail, les spécialités et les caractéristiques des résultats.

Il est prévu que, dans un second temps, on élaborera et mettra à l'essai des outils de mesure des résultats. Ces outils confèreront plus de rigueur scientifique à la pratique et contribueront à accroître le professionnalisme dans cette discipline.

La compétence et les connaissances du Dr Staisey dans le domaine de la recherche ont facilité le travail des membres du groupe. Nous la remercions ainsi que ces derniers de leur collaboration et de leurs vaillants efforts. Nous tenons particulièrement à remercier la présidente du groupe, Thelma Gill, de ses précieux conseils et de son dévouement à cette cause.

Eve Kassirer

Sociologue médicale
Programme des lignes directrices cliniques
Division des services professionnels et des services en établissement
Direction des services de santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
	Avant-propos	iii
	Recommandations	vi
	Membres du groupe de travail	vii
I	UTILITÉ ET APPLICATION POSSIBLE DE LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE	1
II	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	3
III	CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE	6
IV	RECENSION DES ÉCRITS	11
V	RAPPORT DE L'ENQUÊTE SUR LA FRÉQUENCE ET L'IMPORTANCE DES RÉSULTATS DANS LA PRATIQUE ACTUELLE EN ERGOTHÉRAPIE	19
VI	CRITÈRES ET MÉTHODES RECOMMANDÉS POUR LA MISE AU POINT D'INSTRUMENTS DE MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE	28
	Glossaire des termes employés dans le présent rapport	31
	Références bibliographiques	35
	Annexe I - Matériel ayant servi à l'enquête	41

RECOMMANDATIONS

Le groupe de travail recommande que :

1. l'on élabore un ou des instruments de mesure des résultats en ergothérapie à partir des lignes directrices contenues dans le présent rapport;

2. ces instruments tiennent compte des trois principaux résultats recherchés en ergothérapie, à savoir : prévenir l'incapacité, promouvoir, développer ou rétablir la capacité fonctionnelle, et en assurer le maintien;

3. ces instruments qui devraient servir à mesurer les résultats des traitements d'ergothérapie mettent l'accent sur les principaux résultats dans les trois domaines de rendement dans les occupations humaines (les soins personnels, le travail productif, les loisirs) tout en tenant compte des répercussions du milieu, de la motivation et des rôles du client sur son état général de même que des éléments du rendement (les dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle) requis pour l'exercice d'une fonction particulière;

4. ce rapport soit distribué aux ergothérapeutes de toutes les régions du Canada afin d'améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent;

5. les organismes gouvernementaux encouragent et appuient l'utilisation de ces lignes directrices;

6. l'Association canadienne des ergothérapeutes encourage la formation de groupes d'étude pour discuter de ce rapport et de ses répercussions sur la profession; et

7. les particuliers, l'Association canadienne des ergothérapeutes et les organismes provinciaux fassent part de leurs observations et de leurs suggestions au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Thelma Gill, MEd, BScOT, Ot(C) (présidente)	Occupational Therapist-in-Chief Clarke Institute of Psychiatry Toronto (Ontario) M5T 1R8
Eve Kassirer, MA (coordonnatrice)	Sociologue médicale Division des services professionnels et des services en établissement Direction des services de Santé Santé et Bien-être social Canada Ottawa (Ontario) K1A 1B4
Elizabeth Townsend, MAdEd, BScOT, OT(C) (secrétaire)	Assistant Professor School of Occupational Therapy Faculty of Health Professions Dalhousie University Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 3J5
Nancy Staisey, PhD (OT(C) (chercheur)	Price Waterhouse Management Consultants 180, rue Elgin, 1100 pièce Ottawa (Ontario) K2P 2G4
Sharon Brintnell, MSc, BOT, OT(C)	Chairman and Professor Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine The University of Alberta Edmonton (Alberta) T6G 2G4
Micheline H. Marazzani, MSc, BSc (ergothrapie), Erg(C)	Professeur agrégé Responsable du Programme d'ergothérapie École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal Montréal (Québec) H3T 1A8
Anne Opzoomer, MSc, BSC(OT), OT(C), OCOT	Registrar Ontario College of Occupational Therapists Toronto (Ontario) M5P 3B6

CHAPITRE I :

UTILITÉ ET APPLICATION POSSIBLE DE LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE

L'élaboration d'instruments de mesure des résultats en ergothérapie est essentielle au progrès de la pratique de la profession en ce qu'elle peut permettre d'atteindre les objectifs suivants : 1) améliorer la qualité des soins en renseignant le clinicien sur les résultats des interventions auprès des clients, ce qui peut l'aider à prendre des décisions touchant la pratique, 2) démontrer l'efficacité réelle de l'ergothérapie aux personnes et aux organismes qui financent ces services, 3) démontrer l'efficacité réelle de l'ergothérapie à d'autres dispensateurs de soins, et 4) préciser le rôle de l'ergothérapie. Par conséquent, sans mesures valides et fidèles des résultats, les thérapeutes et les administrateurs ne peuvent réaliser ces objectifs et ces avantages.

L'atteinte de ces objectifs devrait accroître le corpus de connaissances et de compétences particulières à l'ergothérapie.

Au cours des cinq dernières années, grâce au travail de groupes d'étude chargés d'établir des lignes directrices, la profession a élaboré un cadre conceptuel et des lignes directrices régissant le processus thérapeutique en ergothérapie axée sur le client. C'est à partir de ces travaux qu'on pourra concevoir des instruments de mesure des résultats en ergothérapie.

À la lumière des objectifs précités, il y a lieu de se demander de quelle manière ces instruments de mesure des résultats peuvent être utilisés. Lorsqu'il existe des mesures de la structure et du processus ainsi que des lignes directrices pour l'évaluation de la qualité, on peut utiliser les mesures des résultats à bien des fins, notamment pour l'évaluation de la qualité et l'appréciation de la qualité. Elles peuvent constituer :

- des instruments pour le suivi;
- des instruments pour l'évaluation individuelle de l'efficacité réelle d'une intervention axée sur le client à la dernière étape du processus;
- des instruments pour évaluer diverses techniques d'ergothérapie, des modalités de traitement, des stratégies particulières;
- des instruments pour les évaluations périodiques des programmes d'ergothérapie;
- des systèmes permanents de mesure du rendement des programmes d'ergothérapie; et
- une base de données que les gestionnaires des services d'ergothérapie peuvent utiliser pour établir des normes ou des objectifs généraux de programme.

La profession pourra tirer profit de bien des façons de ces utilisations et applications possibles des mesures des résultats. Celles-ci confèreront une certaine rigueur scientifique à la pratique. Elles permettront de mesurer, de démontrer et de contrôler l'efficacité réelle de l'ergothérapie, ce qui contribuera à accroître la crédibilité de la profession auprès des clients, d'autres professionnels, de la collectivité et des gouvernements, et à favoriser, sur le plan politique, le développement de la profession. Les renseignements sur les résultats fourniront aux ergothérapeutes un outil pour démontrer l'efficacité réelle et théorique ainsi que l'efficience de l'ergothérapie. Cette information fournira la preuve de la qualité des services d'ergothérapie aux comités d'agrément, aux comités d'évaluation par les pairs et à d'autres professionnels de la santé.

Le présent rapport constitue un premier pas dans l'élaboration de mesures des résultats des traitements d'ergothérapie axés sur le client. Il tente de préciser la nature de ces mesures et la façon dont elles peuvent être établies en ergothérapie. Le mandat du groupe de travail se limitait à la formulation de recommandations relatives à l'établissement de méthodes de mesures des résultats en ergothérapie. La conception, l'élaboration et la mise à l'essai d'un instrument de mesure des résultats de l'ergothérapie dépassaient le cadre de ce projet. Le groupe de travail a puisé à deux principales sources d'information : 1) les données recueillies lors d'une enquête sur les ergothérapeutes en exercice au Canada, et 2) les renseignements obtenus par l'analyse des publications sur le sujet.

En outre, le groupe de travail a convenu que lors de la collecte et de l'examen de l'information sur les modalités de pratique en ergothérapie, il devrait essayer de clarifier les liens qui existent entre les éléments liés au processus intervenant dans la pratique de l'ergothérapie et les résultats perçus des traitements d'ergothérapie. L'enquête visait à recueillir, auprès d'un échantillon représentatif d'ergothérapeutes, des renseignements concernant leur perception des résultats de traitements d'ergothérapie d'après leur expérience réelle. Elle a également permis d'obtenir des données sur la formation et l'expérience des répondants et leur connaissance des deux documents déjà produits par d'autres groupes de travail.

CHAPITRE II :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. EXAMEN DES QUESTIONS TOUCHANT L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

À mesure que l'ergothérapie s'est développée et diversifiée, la qualité de la pratique a pris une très grande importance. Les gouvernements et les établissements sont en train d'examiner, d'évaluer et de comparer les mécanismes de prestation de soins de santé. Il devient donc de plus en plus important que les disciplines de la santé et certains programmes fassent la preuve de la qualité des soins dispensés. Le moyen le plus efficace consiste à établir des instruments d'évaluation de la qualité. Les ergothérapeutes eux-mêmes se préoccupent de la qualité des soins prodigués et ils ont commencé à chercher des méthodes pour mesurer et améliorer la qualité des soins tant du point de vue du client que dans le cadre des programmes et des établissements.

Lorsqu'on parle de la qualité des soins, on utilise souvent les expressions évaluation de la qualité et appréciation de la qualité. L'évaluation de la qualité, c'est la mesure du degré ou du niveau de qualité des services ou des soins dispensés à un moment donné. Cela ne sous-entend pas nécessairement un engagement à changer ou à améliorer le niveau des soins (Rosenthal, 1977). L'appréciation de la qualité vise pour sa part à garantir qu'un certain niveau ou une certaine qualité de soins seront respectés et suppose un engagement à améliorer les soins ou à en maintenir la qualité. Le groupe de travail a décidé de concentrer son attention sur l'établissement d'instruments de mesure des résultats permettant d'évaluer la qualité.

La qualité des soins peut être évaluée sous trois rapports : la structure, le processus et le résultat des soins (Donabedian, 1966). Au début, la plupart des évaluations de la qualité des programmes de soins étaient centrés sur les facteurs structuraux, notamment les extrants (et non les résultats) d'un traitement. Pourvu que le personnel soit compétent, les installations adéquates, les ratios personnel-clients convenables et les heures de traitement suffisantes, on pensait que la qualité des soins serait garantie et pouvait être présumée. Toutefois, la structure ne peut, à elle seule, assurer la qualité des soins. Les facteurs structuraux peuvent certes avoir une incidence positive ou négative sur la qualité des soins et les résultats (Donabedian, 1980), mais une fois que des niveaux minimaux de qualité des structures sont assurés, ce sont les facteurs liés au processus qui influent sur la qualité.

Au nombre des facteurs liés au processus figurent la qualité du processus de référence, les méthodes d'évaluation et d'intervention et la qualité des relations et de la communication entre clients et thérapeutes. Ces facteurs sont beaucoup plus difficiles à évaluer que les facteurs structuraux. La vérification des dossiers est un moyen fréquemment utilisé pour l'évaluation de ce genre de facteurs. Cependant, ces vérifications ne peuvent qu'indiquer si certaines méthodes et certains processus ont été utilisés, et non pas comment ils l'ont été. Par exemple, une vérification de dossiers peut permettre de voir si une évaluation a été effectuée, que des problèmes ont été décelés et qu'un programme a été prévu. Ce genre de vérification ne permet pas de juger de la qualité (c'est-à-dire de déterminer si l'évaluation a été minutieuse ou si l'évaluateur s'est montré compréhensif).

La mesure des résultats est une troisième façon d'aborder l'évaluation de la qualité des soins. Selon Donabedian (1966), "la mesure des résultats est l'ultime moyen de démontrer la qualité et l'efficacité réelle des soins médicaux" (p. 168) (Traduction libre). Lorsqu'on effectue ces mesures, on prend en considération les effets d'un traitement sur les clients et, en ce sens, on examine l'aboutissement d'une intervention.

En résumé, tous ces éléments - structure, processus et résultat - peuvent être considérés comme des facteurs interdépendants qui influencent la qualité des soins. La qualité sous ces trois rapports peut être considérée comme un élément nécessaire mais non suffisant de la qualité d'ensemble des soins.

2. HISTORIQUE

Depuis des années, l'évaluation et l'appréciation de la qualité préoccupent les ergothérapeutes. Cet intérêt pour la qualité des soins en ergothérapie vient, en partie, du souci bien sincère qu'ont les ergothérapeutes de dispenser des soins de qualité et, en partie, des pressions qui s'exercent de l'extérieur en vue d'amener la profession à évaluer la qualité des soins qu'elle dispense et à en faire la preuve.

Au cours des quinze dernières années, on s'est efforcé de mettre au point des lignes directrices et des méthodes pour l'évaluation de la qualité de la structure et du processus en ergothérapie. Le mérite en revient à l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) et aux groupes de travail constitués conjointement par Santé et Bien-être social Canada et l'ACE. Le mandat du présent groupe de travail s'inscrit dans le prolongement de ces premiers efforts d'évaluation de la structure et du processus. Dans les paragraphes qui suivent, nous décrirons les mesures de la structure, du processus et des résultats déjà établies et nous donnerons un bref aperçu historique des activités touchant chacun des aspects de l'évaluation de la qualité. Il convient d'ajouter que jusqu'à maintenant, on ne s'est pas beaucoup penché sur les mesures qui permettent d'évaluer la qualité des soins.

Mesures de la structure - Parmi les aspects de la qualité des soins qui touchent à la structure organisationnelle, mentionnons : les ratios personnel-clients, la compétence du personnel, la congruité du matériel et des installations, ainsi que les extrants de la thérapie en heures, nombre de clients examinés et quantité de services dispensés.

- En 1966, en collaboration avec Statistique Canada et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, l'ACE a mis au point un système statistique de valeurs unitaires pour l'enregistrement et le compte rendu des activités du personnel et des taux d'utilisation des services d'ergothérapie. Ce système normalisé permet d'évaluer les ratios personnel-clients à l'intérieur des établissements et d'un établissement à l'autre. Le système a été révisé par la suite et est beaucoup utilisé dans les établissements.
- En 1973, l'ACE a établi des normes pour les services d'ergothérapie dont le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux s'est plus tard inspiré. Ces normes couvrent les critères de base en ce qui a trait aux installations, aux méthodes de tenue de dossiers et à la compétence du personnel.
- En 1977, un groupe de travail de l'ACE a établi un profil des compétences et qualités requises d'un ergothérapeute. Ce profil a été révisé en 1980 et renommé "Occupational Therapist - Occupational Profile".

Mesures du processus - Les aspects de la qualité des soins qui touchent au processus sont la référence, l'évaluation du sujet, la planification des soins, l'intervention, l'octroi du congé, le suivi et l'évaluation du programme.

- Le système de valeurs unitaires mis au point conjointement par l'ACE, Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada en 1966 fournit des renseignements sur les taux d'utilisation. Ces données peuvent servir à évaluer le processus d'intervention.
- En 1979, en réponse à la demande de l'ACE, Santé et Bien-être social Canada a constitué un groupe de travail qui a publié, en 1983, des Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Ce document est particulièrement important en ce qu'il :

- donne une définition du processus de la pratique en ergothérapie, qui est le fruit d'un consensus,
- fournit un cadre national de buts communs et méthodes cliniques et pour la pratique de l'ergothérapie au Canada,
- renferme un glossaire des principaux termes utilisés, et
- fournit une base qui peut servir à l'élaboration de normes relatives au processus de prestation des soins (différentes des lignes directrices).

Ce document contient des lignes directrices générales pour la pratique, au Canada, de l'ergothérapie axée sur le client et des lignes directrices particulières pour l'évaluation des clients et la planification du programme thérapeutique.

- En 1980, la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, de concert avec le ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre, a élaboré des lignes directrices régissant la profession d'ergothérapeute. On y trouve une analyse des tâches faisant partie du processus de soins en ergothérapie.
- En 1984, un deuxième groupe de travail a été formé conjointement par l'ACE et Santé et Bien-être social Canada; il a publié, en 1986, des "Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client." Ce document contient des lignes directrices relatives à la pratique de la profession dans l'ensemble du pays, notamment en ce qui concerne les interventions, le congé, le suivi et l'évaluation des programmes axés sur le client. Il revêt une importance particulière en ce qu'il :
  - fait directement suite aux Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client et vient ainsi compléter les lignes directrices détaillées applicables au processus générique de soins en ergothérapie, et
  - répond au besoin de lignes directrices régissant l'évaluation de la qualité et des résultats.

Mesures des résultats - Les instruments de mesure des résultats qui permettent d'évaluer la qualité prennent en considération les conséquences, les effets et les répercussions de l'ergothérapie.

- Il n'existe à ce jour aucun instrument reconnu pour mesurer les résultats ni aucune ligne directrice régissant l'élaboration d'instruments de mesure des résultats en ergothérapie.

Maintenant qu'il existe des lignes directrices nationales en ce qui a trait à la structure et au processus dans le domaine de l'ergothérapie, le groupe de travail s'intéresse à l'élaboration de lignes directrices relatives à la qualité des soins pour la mesure des résultats et ensuite à la mise au point d'instruments de mesure des résultats des traitements d'ergothérapie. Le groupe de travail (1986) qui a publié des lignes directrices régissant l'intervention a recommandé "que des recherches soient entreprises sur l'efficacité des méthodes et des règles en matière d'ergothérapie" (p. ix). Le présent projet constitue la première étape des travaux visant à établir un instrument de mesure des résultats en ergothérapie. Le groupe de travail a été constitué en 1986 par l'ACE et Santé et Bien-être social Canada et chargé de présenter des recommandations et des lignes directrices pour l'élaboration d'instruments de mesure des résultats en ergothérapie.

CHAPITRE III :

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE

1. DÉFINITION

On entend par résultats d'un traitement les conséquences, les effets ou les répercussions d'un programme thérapeutique. Les résultats englobent tant les effets prévus que les effets imprévus d'un tel programme. On peut mesurer les résultats d'un traitement chez un client et en extrapoler la valeur dans un programme ou à l'échelle d'un établissement. Par exemple, le résultat d'un programme d'intervention sur le plan des activités de la vie quotidienne pourrait être l'autonomie totale du client. Du point de vue d'un programme, les résultats peuvent être que dix des trente clients participant à un programme destiné aux victimes d'un accident cérébro-vasculaire sont complètement autonomes dans les activités de la vie quotidienne. À l'échelle d'un établissement, un hôpital de soins prolongés peut signaler que 3 % de ses clients ont retrouvé une autonomie complète sur ce plan, 62 % ont besoin de l'aide d'une personne et 35 % sont complètement dépendants.

Le résultat d'un traitement peut être la prévention de troubles fonctionnels ou le développement, le rétablissement ou le maintien de la capacité fonctionnelle du client. Par exemple, dans le cas des clients atteints d'une maladie qui entraîne une diminution progressive de la capacité fonctionnelle, le maintien de cette capacité ou le ralentissement du processus de détérioration serait un résultat attendu et souhaité. Pour d'autres sujets à risque (à cause de leur grand âge, de leur mode de vie, de leur travail, etc.), l'ergothérapie pourrait viser à prévenir la détérioration d'une fonction. Dans le cas des personnes souffrant d'une incapacité temporaire, les traitements peuvent avoir pour but de rétablir la fonction lésée. Et pour ce qui est des enfants ou des adultes qui peuvent acquérir de nouvelles habilités, on peut chercher à développer la capacité fonctionnelle.

La mesure des résultats suppose l'utilisation de méthodes scientifiques et systématiques pour déterminer les résultats d'un traitement chez un client.

Les méthodes scientifiques et systématiques sont des méthodes de mesure uniformes, valides et fidèles qui permettent d'attribuer des résultats à un traitement.

2. RÉSULTATS VISÉS EN ERGOTHÉRAPIE

Les résultats devraient être mesurés par rapport aux principaux buts visés par l'ergothérapie. Des groupes de travail antérieurs ont défini quatre buts de l'intervention : prévenir la dysfonction, développer, rétablir et maintenir la fonction (Groupe de travail mis sur pied par Santé et Bien-être social Canada et l'ACE, 1986).

Dans ce contexte, les résultats essentiels de l'ergothérapie peuvent être mesurés dans les trois domaines de rendement dans les occupations* : les soins personnels, le travail productif et les loisirs. Les résultats acces-

* Dans tous les cas, nous avons traduit "occupational performance" par rendement dans les occupations humaines. Nous avons ainsi distingué trois domaines de rendement dans les occuptions de même que quatre éléments du rendement dans les occupations. Dans les documents précédents, on utilisait les termes "domaines de l'activité humaine" et "éléments de la capacité fonctionnelle".

soires seront observés par rapport aux quatre éléments du rendement : les dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle. Pour évaluer les résultats accessoires, il convient de déterminer dans quelle mesure ils contribuent à l'atteinte des résultats essentiels sur le plan du rendement dans les occupations, compte tenu du milieu, de la motivation et des rôles du client.

En ergothérapie, on utilise les activités dirigées et l'analyse de l'activité comme moyens d'atteindre ces buts.

3. MESURES DES RÉSULTATS SUR LE PLAN DU RENDEMENT DANS LES OCCUPATIONS

En décrivant les résultats visés par l'ergothérapie, nous avons évoqué la mesure du rendement dans les occupations humaines. Une fois qu'on a distingué le rendement dans les occupations de la capacité, du potentiel et de l'activité fonctionnels, il est possible de préciser les principaux éléments du rendement dans les occupations qui méritent d'être mesurés.

L'ergothérapie a toujours été orientée vers la fonction. Plusieurs aspects du fonctionnement peuvent être évalués :

- la capacité fonctionnelle désigne ce que le client est capable de faire ou peut exécuter comme tâches;
- l'activité fonctionnelle correspond à ce que le client arrive à faire; et
- le potentiel fonctionnel correspond à ce que le client serait en mesure de faire après traitement ou avec des aides techniques ou d'autres formes d'aide.

Le cadre conceptuel du rendement dans les occupations humaines attire l'attention sur l'activité fonctionnelle (c'est-à-dire sur ce que le client arrive à faire) mais prend également en considération les milieux dans lesquels évolue le client, sa motivation et ses rôles sociaux. Le rapport entre l'activité fonctionnelle et la motivation du client, les obligations inhérentes à son rôle et à son milieu est un élément essentiel du rendement dans les occupations qui devrait être saisi dans la mesure des résultats de l'ergothérapie.

Pour bien montrer les différences qui existent entre les concepts définis plus haut, prenons l'exemple d'un client. Un homme dont une jambe a été amputée au-dessus du genou et qui voudrait préparer ses repas peut avoir la capacité fonctionnelle de préparer des repas peu compliqués si tous les ingrédients sont facilement accessibles au niveau du comptoir de la cuisine. Il peut avoir le potentiel fonctionnel pour préparer des repas de façon complètement autonome si on lui fournit une prothèse et si on lui apprend à l'utiliser (pour améliorer son équilibre lorsqu'il essaie d'atteindre quelque chose dans les armoires du haut). Sur le plan de l'activité fonctionnelle, il peut dépendre entièrement de son épouse qui préfère s'occuper de préparer le repas. Pour ce qui est du rendement dans les occupations, la préparation des repas ne fait pas partie des occupations correspondant à son rôle et ne le stimule pas beaucoup (motivation). Les instruments de mesure des résultats devraient permettre d'évaluer tous les aspects du rendement dans les occupations vu qu'il s'agit de l'objectif essentiel de l'ergothérapie.

4. LA MESURE DES RÉSULTATS PAR RAPPORT À L'ÉVALUATION DU CLIENT ET À D'AUTRES MESURES

La mesure des résultats sert à évaluer les effets du traitement sur les plans qualitatif et quantitatif. Il convient de distinguer la mesure des résultats de l'ergothérapie de la mesure des extrants et du processus. On entend par extrants d'un traitement la quantité de services fournis par des ergothérapeutes et dispensés à l'extérieur du service ou du programme (c'est-à-dire les activités concrètes et mesurables des thérapeutes).

Au nombre des extrants figurent les heures de traitement, les rapports préparés, les orthèses fabriquées, etc. Il ne s'agit pas des résultats ou des répercussions d'un traitement mais plutôt d'une mesure de la charge de travail ou de la qualité de services fournis. Les mesures du processus servent à analyser les étapes des soins (référence, évaluation du client, planification du programme, intervention, congé, suivi, évaluation de programme) qui sont décrites dans les deux recueils de lignes directrices déjà publiés. Les mesures du processus permettent de déterminer si les étapes du processus ont été menées à bien et, comme dans les études d'appréciation de la qualité, si les actes posés à chaque étape respectent une certaine norme.

On peut également comparer les mesures des résultats avec d'autres instruments d'évaluation. Les mesures des résultats servent à juger des effets de la thérapie, alors que les évaluations de clients permettent ordinairement de prendre des décisions concernant la référence, le placement, la planification du programme de soins et le suivi. Les mesures des résultats mettent principalement l'accent sur l'évaluation des répercussions de la thérapie; les évaluations globales visent pour leur part à recueillir des données plus générales pour l'établissement d'un diagnostic et la planification d'un programme.

On compile souvent ensemble les extrants et les taux d'utilisation pour des groupes de clients dans des rapports statistiques mensuels ou trimestriels tandis que les évaluations et les mesures du processus sont habituellement consignées au dossier du client et servent à la planification du programme thérapeutique; on consigne les renseignements relatifs au processus pour rendre compte de l'intervention et on calcule les extrants pour faire état des activités de programme. Toutefois, les résultats sont rarement mesurés de façon systématique en ergothérapie et le mode de présentation des données sur les effets ou les résultats des traitements n'est habituellement pas uniforme. Des mesures des résultats devraient compléter cette base de données sur l'ergothérapie fournissant ainsi un éventail complet d'information.

5. ATTRIBUTION DES RÉSULTATS À L'ERGOTHÉRAPIE

La détermination et la définition des résultats d'un traitement constituent la clé de la mesure des résultats en ergothérapie. Bien souvent, lorsqu'il s'agit de mesurer des résultats, on commence par déterminer les domaines de rendement ou de fonctionnement sur lesquels la thérapie est censée influer, puis on mesure le rendement dans ces domaines.

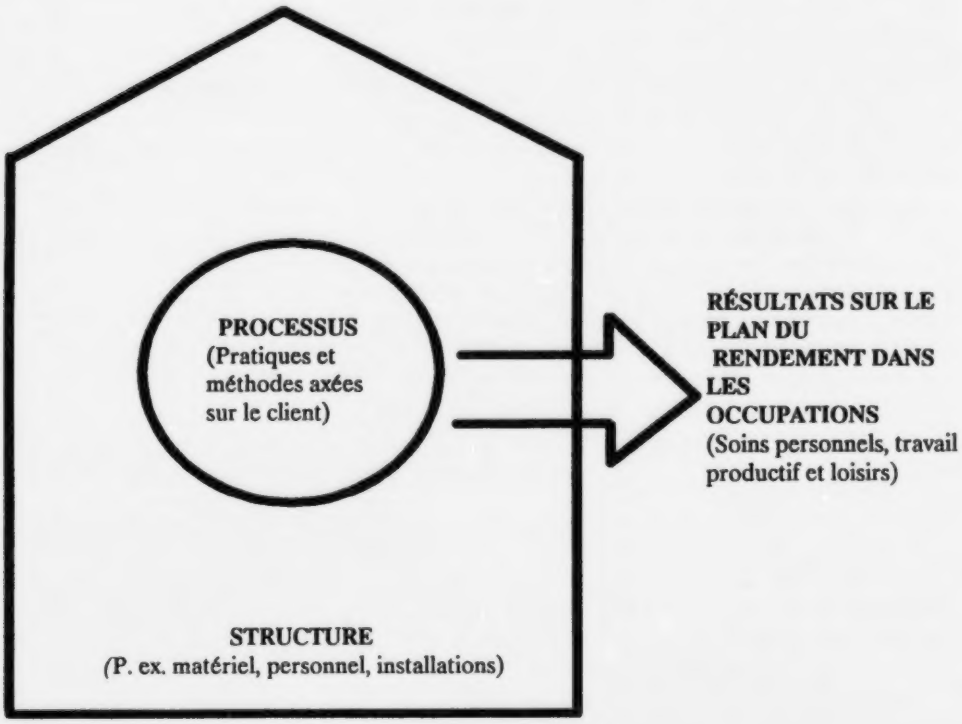
Il peut cependant être difficile pour plusieurs raisons d'établir un lien causal entre des changements dans ces domaines et l'intervention ergothérapique. Premièrement, il n'existe aucun résultat particulier qui puisse être attribué uniquement à l'ergothérapie. D'autres interventions thérapeutiques, notamment en physiothérapie, en inhalothérapie et en médecine, peuvent également avoir une incidence sur des domaines de rendement comme les soins personnels. Deuxièmement, des changements dans divers domaines peuvent survenir indépendamment de toute intervention thérapeutique, par suite d'une évolution naturelle ou d'un processus de guérison. Troisièmement, d'autres facteurs peuvent affecter les résultats. Par exemple, la mort subite d'un conjoint peut influer davantage sur le rendement que la thérapie. On peut établir des liens entre des résultats et l'ergothérapie lorsqu'on utilise un modèle, des méthodes et des techniques statistiques appropriés pour contrôler, analyser ou déceler ces facteurs. L'utilisation d'un tel modèle ou de contrôles statistiques (voir Cook et Campbell, 1979) pour évaluer les résultats de l'ergothérapie peut permettre d'établir avec plus d'assurance si les résultats mesurés découlent vraiment des interventions ergothérapiques.

6. CADRE CONCEPTUEL POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EN ERGOTHÉRAPIE

On trouvera à la Figure 1 un cadre conceptuel illustrant les relations qui existent entre les trois domaines de l'évaluation de la qualité ainsi qu'un modèle du rendement dans les occupations humaines. Dans ce cadre, les aspects structuraux des soins fournissent la structure et les ressources nécessaires au processus thérapeutique. Ce dernier englobe la référence, l'évaluation du client, la planification d'un programme, l'intervention, le congé, le suivi et l'évaluation du programme.

La structure du programme de traitement, le processus thérapeutique ainsi que l'application du modèle de rendement dans les occupations humaines influent sur les résultats de la thérapie. Ces résultats sont le produit de l'interaction de la structure et du processus thérapeutique. Dans le cas de l'ergothérapie, la structure, le processus et les résultats sur le plan de la qualité des soins sont décrits en détails dans le document intitulé Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client (Groupe de travail formé par Santé et Bien-être social Canada et l'ACE, 1983). La flèche à la droite de la figure indique que des résultats peuvent être obtenus dans au moins un des domaines de rendement (soins personnels, travail productif et loisirs) et pour tous les éléments du rendement (dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle). Des lacunes dans la structure ou le processus des soins influeront sur les résultats obtenus. Par exemple, des installations ou du matériel inadéquats auront une incidence négative sur les résultats parce que le processus thérapeutique s'insère dans la structure du programme de traitement.

FIGURE 1 : CADRE CONCEPTUEL : DOMAINES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ



CHAPITRE IV :

RECENSION DES ÉCRITS

1. CONCEPT DE MESURE

Avant de passer en revue les publications sur la mesure des résultats, nous traiterons des concepts importants dans l'évaluation des instruments de mesure. Il serait bon de cerner les instruments qui pourraient servir à mesurer le rendement dans les occupations humaines. Lorsqu'on examine les instruments existants afin de voir s'il pourraient être utilisés pour mesurer les résultats, plusieurs facteurs doivent être considérés, notamment leur sensibilité, leur usage prévu, les particularités de la population visée, le mode de mesure, leur fidélité et leur validité ainsi que la méthode utilisée. Nous examinerons chacun de ces facteurs plus en détail dans les paragraphes qui suivent.

a) Sensibilité. Pour être utile dans la pratique, une mesure des résultats doit refléter fidèlement les variations jugées importantes du point de vue clinique. La fidélité et la validité ne garantissent pas que des différences importantes sur le plan du fonctionnement puissent être détectées. En fait, la fidélité et la sensibilité sont souvent en relation inverse. Il existe un grand nombre d'instruments ou d'échelles de mesure des AVQ qui répondent aux normes de fidélité et de validité en la matière. D'ordinaire, ces échelles servent à coter les éléments des AVQ en indiquant dans quelle mesure une personne est apte à exécuter une tâche de façon autonome (par exemple 1 = complètement autonome, 2 = surveillance requise; 3 = aide requise et 4 = complètement dépendant). Toutefois, l'instrument peut ne pas être assez sensible ou précis pour rendre compte de changements survenus.

Prenons le cas d'un client adressé à un ergothérapeute qui, d'après les données de l'évaluation, a besoin d'aide pour entrer dans la baignoire. Le transfert du fauteuil à la baignoire peut se faire de façon risquée avec beaucoup d'effort physique de la part du parent qui en prend soin, de sorte que le client prend rarement un bain. L'ergothérapeute peut conseiller d'installer une barre d'appui au-dessus de la baignoire et enseigner au client et à la personne qui en prend soin des techniques de transfert sans danger, et le client peut commencer à se baigner régulièrement. La plupart des échelles de mesure de l'état fonctionnel ne rendraient pas compte d'un changement dans les résultats sur le plan des AVQ du fait que le client continue à avoir besoin de l'aide d'une personne pour cette activité. Ce cas montre à quel point il est nécessaire de réévaluer la sensibilité des instruments de mesure existants.

b) Usage. Les instruments de mesure utilisés en ergothérapie peuvent être mis au point à diverses fins, notamment pour le diagnostic, le dépistage, le pronostic, la planification du traitement, la classification des troubles ou le placement du malade. Certains instruments sont principalement utilisés comme outils pour communiquer avec les clients, les familles ou d'autres professionnels. La portée d'un instrument, la nature des éléments et des domaines touchés varient selon l'usage prévu. C'est pourquoi les instruments de mesure élaborés à d'autres fins peuvent ne pas convenir à la mesure des résultats d'un traitement. Par exemple, dans le cas d'un instrument de mesure servant à la planificatin d'un traitement, il importe d'obtenir de l'information sur les raisons du trouble fonctionnel. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un instrument servant à mesurer les résultats d'un traitement, il est plus important de connaître l'état du client ou son degré d'incapacité que les raisons de son état. Law (1986), qui a traité des critères de sélection d'un instrument de mesure en ergothérapie, souligne l'importance de tenir compte de l'usage auquel un instrument est destiné.

c) Spécificité. Certains instruments sont connus pour être utilisés avec des groupes de clients bien particuliers ou souvent pour des catégories de diagnostic ou des types spécifiques de problèmes (par exemple, en psychiatrie - la batterie Azima, Azima, 1961; la Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale, Brayman et coll., 1976; dans les cas de déficience mentale - l'Avocational Picture Interest Inventory, Kavanagh et coll., 1985; dans le cas de blessures de la main - le Hand Sensitivity Test for the Hypersensitive Hand, Yerxa et coll., 1983; pour la réadaptation professionnelle - le Functional Assessment System for Vocational Rehabilitation, Crewe et coll., 1984; pour les groupes présentant un trouble fonctionnel particulier - l'Assessment Scale of Oral Functions, Ottenbacher et coll., 1985 pour les groupes d'âge particuliers - le Prone Extension Postural Test, Gregory-Flock et Yerxa, 1984, le Play History Interview, Takata, 1969; ou pour des clients placés dans des conditions particulières, par exemple les personnes âgées vivant dans la collectivité - le Natural Support System Assessment Tool, Gross-Andrew et Zimmer, 1978.

Les instruments conçus pour un groupe précis peuvent ne pas être utilisables auprès d'une autre clientèle en ergothérapie ni être faciles à adapter.

d) Mode de mesure. Il existe de nombreuses façons de mesurer des résultats. Dans un domaine d'activité unique comme les soins personnels, on peut utiliser divers moyens : auto-évaluation, enregistrement de l'activité, consignation d'observations, évaluation par le clinicien, tests de rendement standardisés, entrevue ou bilan effectué par la famille. La méthode choisie peut influencer la nature des résultats obtenus. En clinique, on utilise souvent un ensemble de méthodes. On a comparé les évaluations faites par un clinicien ou par la famille, mais les recherches sont moins nombreuses en ce qui a trait à la validité et aux effets d'autres méthodes de mesure, telles que l'observation d'un client en train d'exécuter une tâche.

Kaufert (1979) a relevé une étroite corrélation entre l'évaluation faite par le client de sa propre capacité fonctionnelle (auto-évaluation) et les évaluations faites par un clinicien. Les résultats concordaient davantage dans le cas d'activités simples et moins, lorsqu'il s'agissait d'activités plus complexes. De même, Jelinek et coll. (1982) ont conclu que les auto-évaluations donnaient des mesures fidèles et valides de la capacité fonctionnelle. D'après Moss et coll. (1982), il existerait une concordance étroite entre les auto-évaluations et l'évaluation de l'état fonctionnel d'un client faite par un membre de sa famille. Par contre, Cook (1983) a comparé les évaluations de clients en réadaptation professionnelle et les cotes accordées par des évaluateurs à propos de la compétence et du statut professionnel. Il a constaté que les évaluateurs attribuaient des cotes beaucoup plus faibles que celles que se donnaient les clients.

Certains domaines ou éléments du rendement ne peuvent être évalués qu'à l'aide d'une méthode donnée. Par exemple, la description des attitudes et des sentiments de même que les appréciations subjectives de la douleur sont habituellement faites par l'intéressé, alors que l'amplitude articulaire est le plus souvent mesurée par un clinicien étant donné qu'il faut le savoir-faire d'un thérapeute pour effectuer une telle évaluation. En général, l'auto-évaluation est moins onéreuse que d'autres méthodes de mesure. L'enregistrement de l'activité prend beaucoup de temps au client et, dans certains cas, il peut refuser ou négliger de le faire. L'observation et les épreuves normalisées de mesure du rendement prennent également beaucoup de temps. Il est souvent difficile d'observer le fonctionnement du client dans un environnement normal pendant des périodes suffisamment longues pour pouvoir obtenir une évaluation d'ensemble du fonctionnement. De même, les épreuves de rendement normalisées évaluent habituellement un échantillon limité de comportements fonctionnels et sont effectuées dans des conditions contrôlées excluant parfois des facteurs qui influent sur le fonctionnement du client dans son cadre de vie normal. L'évaluation faite par un clinicien (mesure directe et entrevues) peut habituellement toucher un vaste éventail d'éléments de l'activité de façon assez économique. Pour toutes ces raisons, on a le plus souvent tendance à faire appel à l'auto-

à l'évaluation par un clinicien. Il convient toutefois d'examiner soigneusement les possibilités de biais inhérentes à la méthode utilisée.

e) Fidélité. On appelle fidélité la constance avec laquelle un instrument mesure un attribut. La constance dans le temps des résultats mesurés par un évaluateur donné et par différents évaluateurs est souhaitable. L'expression fidélité test-retest se rapporte à la constance d'une mesure dans le temps. On parle de fidélité de la mesure d'un évaluateur pour indiquer la constance d'une mesure répétée par une personne donnée; cet attribut est un des éléments de la fidélité test-retest et met l'accent sur la constance attribuable à l'évaluateur plutôt qu'aux changements quotidiens aléatoires qui sont liés au client, au milieu ou au test proprement dit. On entend par fidélité inter-évaluateurs la constance des résultats obtenus lorsque des évaluateurs ou des thérapeutes différents utilisent le même instrument pour évaluer un client donné.

Un système de mesure servant à l'évaluation de la qualité devrait être très fidèle pour un test répété, pour un évaluateur donné et d'un évaluateur à l'autre. Les mesures des résultats devraient théoriquement refléter les effets de l'ergothérapie sur un client et ne pas être trop sensibles aux fluctuations peu importantes.

On peut évaluer la fidélité test-retest en effectuant des mesures à deux moments différents. La durée de l'intervalle entre les deux tests successifs influe évidemment sur le degré de fidélité. Si l'intervalle est très court et si c'est le même ergothérapeute qui fait passer le test à chaque fois, le souvenir qu'a gardé le thérapeute ou le client de l'évaluation précédente peut influer sur la fidélité de la mesure. Par contre si l'intervalle est très long, l'état du client peut avoir évolué. Un juste milieu est donc à conseiller.

On peut également étudier la fidélité de la mesure effectuée par un évaluateur en répétant les tests. On prend soin de reproduire les conditions les plus uniformes possibles en ce qui concerne le client et le milieu. Les thérapeutes qui ont une expérience différente ou qui travaillent dans des conditions différentes peuvent alors effectuer l'évaluation à deux reprises, chacun après un intervalle de temps similaire.

Il existe deux méthodes habituellement employées pour déterminer la fidélité inter-évaluateurs. Premièrement, on peut demander à deux ou plusieurs thérapeutes ou évaluateurs différents d'évaluer indépendamment les mêmes clients et, par la suite, examiner la fidélité inter-évaluateurs et la qualité de l'accord inter-évaluateurs. On peut également opter pour la "règle d'or" et demander à un thérapeute et à une équipe ou à un seul expert d'évaluer indépendamment un échantillon de clients. On peut ensuite faire des calculs statistiques du pourcentage de fidélité inter-évaluateurs ou d'accord entre le thérapeute et un expert ou une équipe de normalisation.

Un instrument qui doit servir à évaluer la qualité des soins et les résultats obtenus devrait être fidèle.

f) Validité. Avant de pouvoir appliquer ou utiliser un système de mesure en toute confiance, il convient d'évaluer, outre sa fidélité, sa validité. On entend par validité la mesure dans laquelle l'instrument permet de mesurer ce qu'il est censé mesurer. Plusieurs types de validité peuvent être pris en considération :

- Validité de contenu. Type de validité qui indique si les mesures permettent de bien évaluer tout le domaine de rendement qu'on veut mesurer par ce test.
- Validité relative à un critère. Il s'agit du degré de concordance entre les mesures obtenues à l'aide d'un instrument donné et un autre critère valide.
- Validité conceptuelle. Type de validité qui indique dans quelle mesure un instrument donné permet d'évaluer un concept théorique ou un trait particulier.

- Validité apparente. Se rapporte à la mesure dans laquelle un instrument donné semble, après un examen subjectif, mesurer ce qu'il est censé mesurer.

La validité d'un instrument est intimement liée à sa fidélité ou à la constance avec laquelle il mesure ce qu'il est censé mesurer. Il faut qu'un instrument soit valide si on veut l'utiliser pour mesurer la qualité des soins et les résultats obtenus.

2. EXAMEN DES PUBLICATIONS PORTANT SUR LA MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE

Nous passerons maintenant en revue les publications portant sur la mesure du rendement dans les occupations et des résultats de l'ergothérapie afin de décrire les mesures actuellement employées, de cerner les tests qui semblent convenir à la mesure de la qualité des soins ou de proposer des façons d'élaborer de tels instruments. Lors de notre analyse des publications sur l'ergothérapie, nous avons constaté qu'il existait très peu d'études des résultats d'intervention alors que les articles sur l'élaboration et la mise à l'essai d'instruments d'évaluation étaient fort nombreux. Cela n'est pas étonnant puisqu'il faut disposer de mesures fidèles et valides du rendement avant de pouvoir effectuer des études de résultats. Quelques études de résultats portent sur des effets très précis de l'ergothérapie pour lesquels il existe des instruments de mesure. Par exemple, Shillam et coll. (1983) ont évalué l'influence de l'ergothérapie sur l'autonomie du client en ce qui a trait au bain. À l'aide de la "Klein-Bell ADL Scale", on a comparé les mesures de la capacité de prendre un bain avant et après la thérapie et constaté que les 19 sujets observés avaient augmenté leur autonomie à ce point de vue.

Les publications récentes sur la mesure en ergothérapie portent surtout sur la création de nouveaux instruments (Florey et Michelman, 1982); Kielhofner, 1986b; Stratton, 1981; Wilson et coll., 1984; Yerxa et coll., 1983), le perfectionnement des instruments existants sur le plan de l'uniformisation de la terminologie et du protocole (Smith et coll., 1985) ou la quantification des échelles (Parmenter, 1983), l'évaluation de la fidélité ou de la validité des instruments existants (Ottenbacher et coll., 1985; Gregory-Flock et Yerxa, 1984; Behnke et Fetkovich, 1984: Nelson et coll., 1984; Petersen et coll,; 1985; Harlowe et Van Deusen, 1984), et l'établissement de normes de rendement pour les instruments existants (Ager et coll., 1984; Bissell et Clark, 1984; Bowman et Katz, 1984; Punwar, 1982; Mandell et coll., 1984; Mathiowetz et coll., 1985; Schwartz et coll., 1984a, Schwartz et coll., 1984b; Zemke, 1985).

Tous ces instruments de mesure évaluent des éléments très particuliers du rendement ou des effets secondaires de l'ergothérapie. Ils mesurent des éléments comme les fonctions orales (Ottenbacher et coll., 1985; Stratton, 1981), la force de préhension et de pince (Bowman and Katz, 1984; Smith and Benge, 1985), le nystagmus post-rotatoire (Nelson et coll., 1984) et la perception des formes (Petersen et coll., 1985). Ils n'évaluent pas les résultats essentiels de l'ergothérapie, le rendement dans les domaines des soins personnels, du travail productif et des loisirs. À ce titre, les mesures des effets secondaires touchant des éléments du rendement sont utiles pour l'évaluation et la planification du traitement mais n'aident pas à évaluer les résultats sur le plan du rendement dans les occupations. La force préhension est une importante mesure d'évaluation et est habituellement prise en considération lors de la planification du traitement. Mais pour de nombreux aspects du rendement, en particulier les aspects mental, socio-culturel et spirituel, il n'existe pas de méthodes fidèles et valides de mesure des résultats.

Si les recherches portant sur la mesure des résultats en rapport avec le modèle de rendement dans les occupations sont peu nombreuses, par contre, les études sur le modèle de l'activité humaine abondent (Kielhoffer, 1986a, 1986b). On a notamment effectué des études comparatives des différences entre les groupes

de clients pour diverses variables issues du modèle, de même que des études de corrélation de variables associées dans le modèle et enfin des études sur l'élaboration d'instruments de mesure pour l'évaluation des variables issues du modèle (Kielhofner, 1986a). Les instruments de mesure créés pour évaluer les rôles du client et son fonctionnement dans ses occupations sont particulièrement intéressants - les facteurs liés au client revêtent également une grande importance dans le modèle de rendement dans les occupations. Le "Role Checklist" (Oakley, 1982) est un inventaire effectué avec du papier et un crayon pour évaluer la perception des responsabilités et la valeur associée à des rôles dans le passé, le présent et l'avenir. L'"Occupational Role History", (Moorehead, 1969; Florey et Michelman, 1982) se présente sous la forme d'une entrevue et comporte 33 questions ouvertes qui visent à déceler les troubles fonctionnels des handicapés physiques dans leurs occupations. On y trouve également une échelle d'évaluation optionnelle qui peut servir à quantifier les mesures obtenues à l'aide de l'instrument. L'Assessment of Occupational Functioning (Watts et coll., 1986) est un instrument de dépistage des troubles fonctionnels connu pour être utilisé auprès des clients des établissements de soins prolongés et consiste en un questionnaire plus court. Le "Care Analysis Interview and Rating Scale" (Cubie et Kaplan, 1982; Kaplan, 1984) est un questionnaire et une échelle d'évaluation connus pour les clients atteints de maladie mentale aigüe. L'"Index of Occupational Behavior" (Gregory, 1983) s'adresse aux personnes âgées; il s'agit d'un répertoire pour l'auto-évaluation de l'importance et du degré d'intérêt (plaisir, autonomie, et compétence) de 23 activités courantes. Oakley et coll. (1985) décrivent une échelle graduée d'évaluation clinique appelée "Rating Continuum for Clinical Judgement of the Organizational Status of the Human System". Il s'agit d'une échelle-résumé en 5 points qui est remplie par le thérapeute après une évaluation minutieuse des éléments du modèle de l'activité humaine. Des études préliminaires de tous ces instruments indiquent qu'ils sont suffisamment fidèles pour qu'on puisse les utiliser et les évaluer plus à fond.

Somme toute, jusqu'à présent les recherches sur les résultats de l'ergothérapie tels que décrits précédemment sont plutôt rares. Les recherches sur les instruments de mesure ont mis l'accent sur l'élaboration de nombreux instruments de mesure d'éléments du rendement en ergothérapie. Des études récentes visent également à établir des mesures des variables tirées du modèle de l'activité humaine. Bien que certains de ces instruments puissent éventuellement être utiles pour l'évaluation des résultats, il convient d'examiner plus à fond leur fidélité et leur validité. La plupart de ces mesures du rôle et du comportement dans les occupations ont été élaborées et mises à l'essai auprès de groupes de clients bien particuliers et devraient être modifiées si on veut les appliquer à la clientèle en général. Il n'existe pas d'instruments de mesure adéquats pour bien des domaines d'activité et les lignes directrices pour leur mise au point font défaut.

Jusqu'à présent, aucun rapport publié sur les mesures de résultats ne s'est inspiré du modèle de rendement dans les occupations présenté dans le rapport intitulé Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas beaucoup d'instruments de mesure du rendement ou du fonctionnement dans les domaines des soins personnels, du travail productif et des loisirs. En fait, il en existe, mais ils n'ont pas été connus ou définis pour les mesures du rendement dans ces domaines, telles qu'élaborées dans le modèle de rendement dans les occupations.

3. EXAMEN DES PUBLICATIONS SUR LA MESURE DES DOMAINES DE RENDEMENT EN ERGOTHERAPIE ET DANS D'AUTRES DISCIPLINES

Cette section traite des instruments de mesure et des études générales sur la mesure dans chacun des trois domaines essentiels décrits dans le modèle de rendement dans les occupations (soins personnels, travail productif et loisirs).

Soins personnels. Il s'agit du rendement en matière d'hygiène personnelle et de tenue de maison. Comme nous l'avons mentionné au Chapitre III (3. Mesures des résultats sur le plan du rendement dans les occupations), le concept de rendement dans les occupations établit des liens entre, d'une part, le fonctionnement et, d'autre part, le milieu, la motivation et les responsabilités associées au rôle. Il existe de nombreux instruments de mesure des activités de la vie quotidienne qui s'appliquent aux soins personnels et aux activités plus complexes de tenue de maison ou à d'autres activités nécessaires de la vie quotidienne.

D'après des analyses récentes d'instruments d'évaluation fonctionnelle (Bruett et Overs, 1969; Donaldson et coll., 1973, Granger et Gresham, 1984; Halpern et Fuhre, 1984; Israel et coll., 1984; Kane et Kane, 1981; Staisey et Wudwud, 1986), il existe de nombreux instruments d'évaluation fidèles et objectifs. L'American Occupational Therapy Association (1984) publie des listes d'épreuves normalisées qui, d'après les rapports sont utilisées par les ergothérapeutes. Les instruments disponibles varient à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne l'objet de l'évaluation, les activités examinées, la méthode, la durée, la fidélité et la validité. Bien que ces instruments forment une base solide pour la mise au point d'un instrument de qualité pour l'évaluation des résultats des soins, il serait difficile pour plusieurs raisons, de les utiliser sans les modifier pour la mesure dans le domaine des soins personnels.

Tout d'abord, la plupart des instruments mesurent la capacité fonctionnelle et non pas le rendement des sujets sur le plan des soins personnels. Il existe un bon nombre d'instruments couramment utilisés pour mesurer la capacité fonctionnelle sur le plan des soins personnels (notamment : le "Barthel Index", Mahoney et Barthel, 1965; le "Function Status Index", Reynolds et coll., 1974; le "Katz Index of ADL", Katz et coll., 1963; le "Kenny Revised Self-Care Index", Shoening et coll., 1968; le "Patient Evaluation Conference System - Occupational Therapy Scale", Harvey and Jellinek, 1983). Seuls quelques instruments ont été mis au point pour mesurer l'activité fonctionnelle. On retrouve entre autres le "Comprehensive Evaluation of Basic Living Skills" (Casanova et Ferber, 1976), le "Rehabilitation Indicators' Status Indicators and Activity Pattern Indicators" (Brown, Gordon et Diller, 1984; Diller, Fordyce et Jacobs, 1981), et enfin le "Longitudinal Functional Assessment Inventory" (Rintala et coll., 1980, 1984).

Deuxièmement, de nombreux instruments ont été élaborés pour des groupes de clients particuliers, notamment pour les sujets atteints de maladie mentale ("Comprehensive Evaluation of Basic Living Skills", Casanova et Ferber, 1976), et les personnes âgées ("Geriatric Functional Rating Scale", Grauer et Birnbon, 1975).

Enfin, aucun des instruments ne mesure le rendement sur le plan des soins personnels en rapport avec le milieu du client, sa motivation et les exigences liées à son rôle. Les problèmes de biais liés au sexe lors de l'évaluation des activités nécessaires ou complexes de la vie quotidienne, telles que la préparation des repas ou la lessive, ont été fréquemment signalés dans les publications (Lawton, 1972; Kane et Kane, 1981). Même si l'on n'attribue pas habituellement le même rôle aux hommes et aux femmes en ce qui concerne la tenue de maison, rares sont les échelles portant sur les activités ménagères ou accessoires de la vie quotidienne qui distinguent le rendement lié au rôle de celui qui n'est pas commandé par le rôle. Sur l'échelle dite "Philadelphia Geriatric Centre Instrumental Activities of Daily Living Scale" (Lawton et coll., 1982), une cote est attribuée au rendement et à la capacité d'accomplir certaines activités et on demande aux clients de dire pourquoi ils n'accomplissent pas telle activité ou n'ont pas besoin de le faire. Bien que cet instrument permette de cerner une activité qui n'est pas effectuée parce qu'elle n'est pas liée au rôle du client (par exemple un homme qui ne prépare pas les repas parce que sa femme s'en est toujours occupée), les données particulières sur le milieu, la motivation du client et les exigences liées au rôle n'y sont ni consignées ni évaluées.

Pour toutes ces raisons, les instruments disponibles n'ont pas les qualités essentielles d'un instrument qui est censé permettre d'évaluer le rendement sur le plan des soins personnels. Le principal défaut des instruments existants tient au fait qu'ils ne mesurent pas clairement le rendement mais plutôt la capacité; ils ne mesurent pas non plus le rendement dans les occupations en rapport avec le milieu, la motivation et les exigences liées au rôle.

Travail productif. Le rendement sur le plan du travail productif se rapporte à l'exécution d'activités ou de tâches qui permettent à une personne de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille et de la société par la production de biens et de services (Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne de physiothérapie, 1979). Au sens large, ce domaine de rendement englobe les activités et les rôles qui donnent un sens à la vie et un but à atteindre. Chez les enfants, l'activité productive s'accomplit par le jeu et le travail scolaire; chez les adultes et les personnes âgées, par un emploi ou le bénévolat. Il existe un vaste éventail de mesures du rendement sur le plan des activités productives. La plupart ont été conçues pour les évaluations en vue de l'orientation professionnelle. Les services d'ergothérapie utilisent généralement trois types de mesure de la productivité, soit : des mesures d'habiletés précises, des mesures d'un échantillon d'activités, et des mesures des intérêts professionnels. Au nombre des mesures d'habiletés particulières figurent le "Crawford Small Parts Dexterity Test", le "Minnesota Rate of Manipulation Test", l'"O'Conner Tweezer Dexterity Test", et le "Purdue Peg Board Test". Ces tests permettent d'évaluer des habilités manuelles précises et servent principalement à la planification et à la surveillance du traitement. Ce ne sont pas des mesures adéquates des résultats sur le plan du travail productif étant donné qu'ils ne peuvent mesurer les conséquences ou les effets réels de la thérapie en ce qui concerne le travail productif.

On a souvent recours aux mesures d'échantillons d'activités pour évaluer les clients et planifier le traitement. Ces instruments permettent d'évaluer le rendement d'un client dans une situation de travail simulée pour un échantillon d'activités représentatives d'un travail donné. Le "Valpar" et les "Microtower Group Vocational Evaluation Systems" contiennent des tests qui permettent d'évaluer des échantillons d'activités pour diverses tâches, telles que prendre des messages et rendre la monnaie. Encore une fois, ces tests ne permettent pas de mesurer les résultats réels en ce qui a trait au travail productif.

On utilise souvent les mesures de l'intérêt pour aider un client à choisir un nouveau travail. Le "Strong Campbell Interest Inventory" et le "Jackson Vocational Interest Survey" ont été connus à cette fin. Mais ces mesures ne touchent pas non plus aux activités productives.

Dans les recherches sur la réadaptation professionnelle, on utilise fréquemment des indicateurs tels que la situation d'emploi (temps plein, temps partiel, sans travail). Cook (1983) a classé les résultats de la réadaptation sur le plan professionnel en trois catérories qu'il décrit de la façon suivante : "personne bien réadaptée qui travaille; personne bien réadaptée qui ne travaille pas (par exemple ménagère ou aide familiale non rémunérée); ou personne non réadaptée (p. 47)." On évalue ainsi le rendement général en ce qui concerne le travail productif et on considère le retour à un travail non rémunéré mais productif comme un résultat positif. Mais ce type de mesure ne tient pas compte de la pertinence des tâches exécutées par rapport au rôle. Ainsi, les personnes qui occupent un emploi qui n'est pas à la hauteur de leurs aptitudes et de leur compétence réelles obtiendraient la même cote que celles qui occupent un emploi à leur mesure.

Kemp et Vash (1971) ont mesuré le rendement sur le plan du travail productif de clients présentant une atteinte médullaire; ils ont résumé les renseignements contenus dans les notes prises lors d'entrevues de suivi et les ont fait coter par des juges expérimentés sur une échelle à cinq niveaux allant de la cote non productif (1) à la cote très productif (5). La fidélité de cette méthode de mesure n'a pas été évaluée.

En résumé, il existe peu de mesures du rendement sur le plan du travail productif. On a utilisé la situation d'emploi comme mesure du rendement dans ce domaine, mais la situation d'emploi ne tient habituellement pas compte du milieu, de la motivation et de la pertinence du travail productif par rapport au rôle.

Loisirs. On entend par loisirs les moments dont on peut librement disposer en dehors du travail et des activités de soins personnels. On peut évaluer les loisirs en fonction de l'intérêt, des attitudes, des habiletés ou de la fréquence de participation. La perception de ce qui constitue une activité de loisir par opposition à un travail productif peut varier selon le sens qu'attache une personne à ces activités et son stade de développement. Pour un enfant, le jeu peut être considéré comme un travail productif, car c'est le "travail" de développement durant l'enfance. De même, le bénévolat peut être soit considéré comme une activité de loisir intéressante par un jeune adulte ou comme une activité productive par un retraité, pour qui il s'agit d'un "travail" au bénéfice de la communauté.

Il existe des mesures objectives et des mesures subjectives des loisirs. Parmi les mesures objectives du temps de loisirs et de la participation, mentionnons les mesures de la durée et de la fréquence déclarées des activités de loisir. On s'est servi de carnets de notes ou de registres pour consigner les activités de loisir pratiquées (Bishop et coll., 1975; Szybillo et coll., 1979). Mais ces registres posent des problèmes du fait que tous les gens ne définissent pas le loisir de la même faon. On peut également utiliser une technique de rappel; le client enregistre alors lui-même la durée et la fréquence ou l'exécution d'activités de loisir. Mais il peut encore une fois y avoir des différences d'un individu à l'autre pour ce qui est du rappel des activités et de la définition du temps de loisir.

Une autre méthode de mesure des activités de loisir consiste à dresser une liste des intérêts. Matsutsuyu (1969) a élaboré une liste, la "Neuropsychiatric Institute Interest Checklist", qui peut être utilisée en ergothérapie. Sur cette liste figurent 80 activités courantes de loisir. Le client évalue le degré d'intérêt que présente chaque activité sur une échelle à trois niveaux : très intéressant, moyennement intéressant, pas intéressant. On peut ajouter d'autres intérêts au bas de la formule et les coter.

Les mesures subjectives des activités de loisir comprennent les évaluations de l'intérêt, des préférences, du plaisir, de la satisfaction, de la participation et de la compétence dans les activités de loisir. On peut évaluer des activités particulières en fonction de chacun de ces facteurs. Il peut être difficile d'évaluer le rendement dans les loisirs à cause des grandes différences qui existent entre les individus sur le plan des intérêts et des activités de loisir pratiquées. Lorsqu'on mesure le rendement sur le plan des soins personnels, il n'est pas difficile de dresser une liste générale des activités de soins qui s'applique à la plupart des personnes. Il est par contre beaucoup plus difficile d'établir une telle liste pour les activités de loisir. Bref, il faut poursuivre les travaux pour mettre au point des mesures du rendement dans les occupations dans le domaine des loisirs.

CHAPITRE V :

RAPPORT DE L'ENQUÊTE SUR LA FRÉQUENCE ET L'IMPORTANCE DES RÉSULTATS DANS LA PRATIQUE ACTUELLE EN ERGOTHÉRAPIE

Le Groupe de travail a effectué une enquête afin de recueillir des données sur la fréquence et l'importance des résultats en ergothérapie. Un questionnaire a donc été envoyé par la poste à un échantillon représentatif d'ergothérapeutes. On a ainsi pu obtenir des renseignements sur les thérapeutes, notamment en ce qui concerne :

- leur formation, leur expérience, leurs milieux de travail et le volume de leur clientèle,
- leur perception des résultats de l'ergothérapie à partir de leur pratique clinique, et
- leur connaissance des lignes directrices publiées par des groupes de travail antérieurs (1983, 1986).

1. MÉTHODOLOGIE

a) Questionnaire. Un questionnaire divisé en plusieurs sections traitant de chacun de ces aspects a été préparé et mis à l'essai avant d'être expédié (voir Annexe 1). Pour pouvoir repérer les véritables résultats de l'ergothérapie, nous avons dressé une liste des résultats possibles. Nous avons défini des résultats précis pour chacun des domaines de rendement (soins personnels, travail productif et loisirs) et des éléments du rendement (dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle). Dans la catégorie "autre", les thérapeutes pouvaient décrire d'autres résultats qui ne figuraient pas sur la liste. Nous leur avons demandé d'évaluer (sur une échelle de 1 à 5) la fréquence des changements observés chez les clients pour chaque résultat. Il devaient également évaluer l'importance de chaque résultat sur une échelle similaire graduée de 1 à 5.

b) Échantillon. Nous avons tiré un échantillon aléatoire de 200 ergothérapeutes à partir des listes de membres de l'ACE et de la Corporation professionelle des ergothérapeutes du Québec pour les années 1986-1987. Dans toutes les provinces, sauf au Québec, nous avons choisi les sujets parmi les membres de l'ACE. En revanche, nous estimions qu'au Québec la liste des membres de la Corporation était plus complète, c'est pourquoi nous l'avons utilisée. Bien qu'aucune de ces listes ne soit exhaustive, il s'agit des listes les plus complètes dont nous disposions pour le moment.

c) Méthode. Le questionnaire a été envoyé aux 200 ergothérapeutes sélectionnées avec une lettre signée par la coordonnatrice et la présidente du Groupe de travail et une enveloppe de retour pré-affranchie (voir Annexe 1). Les documents ont été fournis dans les deux langues officielles aux thérapeutes du Québec. Deux semaines plus tard, la chercheure engagée par le Groupe de travail a envoyé une lettre de rappel à tous les répondants qui n'avaient pas retourné le questionnaire rempli (voir Annexe 1).

d) Taux de réponse. Le taux de réponse a été excellent. Des 200 questionnaires envoyés, 156 ont été remplis et retournés, 10 nous sont revenus avec la mention "adresse erronée" ou "déménagé sans laisser d'adresse", ce qui représente un taux global de réponse de 78%. Les questionnaires ont été bien remplis et seules quelques rares données manquaient.

2. RÉSULTATS

Un résumé des réponses compilées est donné sur le questionnaire reproduit dans les pages qui suivent (Pièce no 1).

a) Caractéristiques de l'échantillon. L'échantillon de répondants semble représentatif de la profession au Canada. Nous ne possédons pas de données démographiques sur les ergothérapeutes, mais les répondants présentent les mêmes caractéristiques que ceux qui ont été interrogés au cours des enquêtes plus vastes effectuées précédemment.

Près de la moitié (46%) des personnes interrogées avaient entre 20 et 29 ans. La durée moyenne de l'expérience était de 11 ans (É.T. = 14,93).

PIÈCE No 1 : QUESTIONNAIRE SUR LES RÉSULTATS DE L'ERGOTHÉRAPIE

SECTION A

Nous aimerions d'abord obtenir quelques renseignements de base à votre sujet.

1. **Veuillez indiquer votre âge.**

   46% 20 - 29

   37% 30 - 39

   7% 40 - 49

   6% 50 - 59

   3% 60 - 69

   0% 70 ou plus

   1% Donnée manquante

2. **Veuillez indiquer votre sexe.**

   3% 1. Homme

   97% 2. Femme

3. **Depuis combien d'années êtes-vous ergothérapeute?**

   11 ans (E.T. = 14,93)

4. **Veuillez indiquer votre niveau de scolarité.**

   30% 1. Diplôme en ergothérapie

   75% 2. B.Sc. ou B.A.

   5% 3. M.A.

   1% 4. Ph.D.

5. **Quelle est votre situation actuelle en tant qu'ergothérapeute?**

   64% 1. À temps plein

   25% 2. À temps partiel

   3% 3. Occasionnel(le) ou temporaire

8% 4. Ne pratique pas l'ergothérapie à l'heure actuelle. Le cas échéant, passez à la section C.

6. Avez-vous des consultations régulièrement?

90% 1. Oui

10% 2. Non Sinon, passez à la section C.

7. Dans quel genre de programme travaillez-vous?

18% 1. Psychiatrique

80% 2. Autre

2% 3. Les deux

8. Dans quel genre de milieu travaillez-vous?

35% 1. Établissement de soins actifs

18% 2. Établissement de soins prolongés

25% 3. Service de réadaptation

12% 4. Soins à domicile

7% 5. École

14% 6. Autre communauté - Précisez _____

11% 7. Autre - Précisez _____

9. Veuillez décrire le type de personnes qui composent en grande partie votre clientèle et indiquer leur âge.

16% Enfants (0 à 18 ans)

18% Adultes

20% Personnes âgées

29% Clientèle composite

16% Sans objet

1% Donnée manquante

SECTION B

Les questions suivantes ont trait aux résultats obtenus (c'est-à-dire aux conséquences ou aux effets) des traitements d'ergothérapie. Les résultats peuvent se traduire par l'amélioration, la prévention, ou la stabilisation de l'état du client. Pour y répondre, songez aux clients que vous traitez généralement pendant un mois et chez qui vous estimez que les traitements donnent des résultats. N'oubliez pas d'encercler une réponse pour tous les points mentionnés, selon l'échelle fournie.

	10. À quelle fréquence observez-vous chez notre client des améliorations pour les points suivants, à la suite des traitements? 1 Jamais 2 3 4 5 Toujours 8 O/S le soulignement indique la moyenne des réponses						11. Pour tous les points, veuillez indiquer l'importance des améliorations constatées à la suite des traitements? 1 Sans importance 2 3 4 5 Très importante 8 O/S le soulignement indique la moyenne des réponses						COTE* INDICE
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Hygiène/soins personnels													12
- habillage	5	22	17	36	12	7	3	9	13	27	41	8	14
- bain	14	18	22	34	3	9	10	7	17	28	30	8	12
- toilette	10	18	24	33	6	9	4	7	16	30	33	9	13
- aide pour se servir des toilettes	14	16	21	34	6	10	9	3	9	21	48	10	
- transferts	19	9	20	27	13	11	16	1	13	18	42	10	13
- marche	16	18	24	28	3	11	14	5	13	18	41	9	12
- alimentation	8	18	22	32	13	7	5	4	11	18	54	8	15
- sexualité	36	31	19	4		10	21	6	27	21	16	9	7
Gestion du foyer													7
- utilisation du téléphone	25	30	19	12	1	12	18	15	22	19	16	11	8
- conduite automobile	44	22	15	6	1	13	33	13	18	13	11	13	6
- emplettes	27	26	24	8	1	13	18	14	31	20	4	13	7
- préparation des repas	20	7	17	38	6	12	15	6	14	29	24	12	12
- travaux domestiques	22	18	21	26		13	19	11	28	20	10	13	9
- travaux manuels	35	28	15	9	1	13	34	15	20	14	5	12	6
- lessive	29	28	19	12		13	23	21	26	11	7	13	6
- gestion du budget	36	21	18	12		13	24	11	21	19	13	13	7
- utilisation des moyens de transport	23	29	21	14	1	12	14	13	22	27	13	12	8
Productivité													7
- possibilités d'emploi	28	27	20	9	4	13	24	15	11	21	18	11	8
- apptitudes aux travaux manuels	31	21	19	13	3	13	27	12	12	19	20	11	8
- aptitudes en relations interpersonnelles	30	25	22	9	3	12	24	16	15	19	16	10	8
- liées à l'emploi	32	24	16	15	1	12	29	13	17	15	15	11	7
- jeux (enfants)	53	8	7	13	7	12	47	3	9	12	19	11	7
- stade de développement	48	11	8	15	7	12	40	6	10	16	17	12	7
- apprentissage scolaire	47	14	10	12	6	11	41	4	9	17	19	10	7
- possibilité de travail communautaire/ bénévole	28	21	22	18	2	11	25	16	20	16	12	10	8
Loisirs													12
- habiletés physiques requises pour participer à des activités récréatives ou pour s'adonner à certaines occupations	7	16	33	29	10	6	7	8	18	37	24	6	13
- sens pratique	8	23	30	28	6	6	9	9	18	36	22	6	12
- aptitudes en relations interpersonnelles pour s'adonner à des activités récréatives	7	25	33	23	7	6	7	11	24	28	25	6	11
- emploi rationnel du temps libre	9	23	31	24	7	7	7	7	21	34	25	7	12

* Le souligment indique la moyenne des cotes des indices des rendements obtenus dans les domaines visés.

SECTION B

Les questions suivantes ont trait aux résultats obtenus (c'est-à-dire aux conséquences ou aux effets) des traitements d'ergothérapie. Les résultats peuvent se traduire par l'amélioration, la prévention, ou la stabilisation de l'état du client. Pour y répondre, songez aux clients que vous traitez généralement pendant un mois et chez qui vous estimez que les traitements donnent des résultats. N'oubliez pas d'encercler une réponse pour tous les points mentionnés, selon l'échelle fournie.

	10. À quelle fréquence observez-vous chez notre client des améliorations pour les points suivants, à la suite des traitements? 1 Jamais 2 3 4 5 Toujours 8 O/S						11. Pour tous les points, veuillez indiquer l'importance des améliorations constatées à la suite des traitements? 1 Sans importance 2 3 4 5 Très importante 8 O/S						COTE* INDICE
	le soulignement indique la moyenne des réponses						le soulignement indique la moyenne des réponses						
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Conditions physique													12
- amplitude de mouvement	15	11	25	30	13	7	13	6	16	27	31	7	13
- force	12	13	22	32	14	7	10	6	18	32	27	7	13
- endurance	7	12	21	37	16	7	7	6	17	29	35	7	14
- sensibilité	20	26	30	14	3	7	15	11	17	30	21	7	9
- coordination	11	15	21	36	11	7	10	9	13	32	30	7	13
- équilibre	16	13	23	32	9	7	13	7	8	34	32	7	13
- activité réflexe	26	22	26	17	3	7	20	9	25	21	18	7	9
- intégration sensorielle	26	17	25	18	6	8	20	6	22	25	21	7	10
- douleur	18	19	28	25	3	7	14	5	20	20	35	7	11
- apparence physique	13	16	29	29	7	7	12	11	16	30	25	7	12
État mental													12
- moral/affect		15	26	43	12	5	1	3	16	35	40	5	15
- faculté cognitive	10	16	29	34	5	6	7	6	24	29	30	5	12
- adaptation	2	11	34	39	10	5	1	2	16	30	46	5	15
- perception	12	13	34	28	7	6	11	5	21	26	32	5	12
- maître/pertinence du comportement	9	18	29	33	6	5	7	4	17	33	34	5	13
- image corporelle	10	13	33	34	6	5	8	6	18	33	30	5	13
- réaction/adaption au handicap	3	12	37	33	10	5	3	3	17	27	45	5	14
- protections émotives	7	22	38	26	3	5	6	4	21	32	33	5	12
- image de soi	5	9	36	40	5	5	3	5	11	32	44	5	14
- dynamisme	6	18	39	25	7	5	5	6	14	38	33	5	13
Aspect socio-culturel													11
- relations avec la famille	7	29	34	22	2	7	6	7	20	24	36	7	12
- participation à la communauté	12	35	28	16	2	7	8	15	22	32	16	7	9
- relations avec des amis	13	32	31	15	3	7	8	8	21	35	22	7	10
- rôles et habitudes	10	18	41	21	3	7	7	8	22	34	24	7	11
Aspect spirituel													9
- sentiment de bien-être	7	16	36	30	5	7	5	3	16	34	36	7	13
- visions de soi	6	18	43	22	4	7	4	5	21	30	33	7	12
- signification de la vie	15	26	33	17	3	7	10	9	18	26	30	7	10
- participation à des activités religieuses	50	27	13	3	1	8	39	22	17	10	4	8	4
- valeurs	26	38	16	12	2	7	17	17	22	21	16	7	8
Autre													
- précisez : _____		10	10	29	14	38		5	5	5	48	38	
- précisez : _____		8		17	8	67				8	25	67	

* Le soulignement indique la moyenne des cotes des indices des rendements obtenus dans les domaines visés.

SECTION C

Les questions suivantes concernent les "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client", rédigées par le groupe de travail sur les lignes directrices en ergothérapie. Ce groupe de travail a été formé par Santé et Bien-être social Canada et par l'Association canadienne des ergothérapeutes.

12. Connaissez-vous les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?

87% 1. Oui

11% 2. Non - Sinon, arrêtez-vous ici. Merci d'avoir rempli le questionnaire.

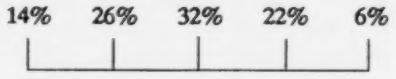
2% Donnée manquante

13. Avez-vous lu les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?

78% 1. Oui

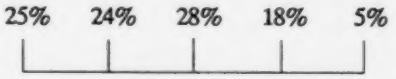
22% 2. Non

14. À quel point connaissez-vous les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?



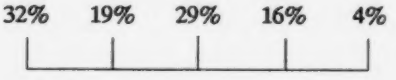
pas du tout — très bien

15. Dans quelle mesure avez-vous utilisé les lignes directrices dans votre travail?



pas du tout — beaucoup

16. Dans quelle mesure avez-vous utilisé le modèle de rendement au travail, décrit dans les lignes directrices, dans votre travail?



pas du tout — beaucoup

Presque tous les ergothérapeutes étaient des femmes, et 75% étaient titulaires d'un diplôme en ergothérapie, d'un B.A. ou d'un B.Sc. La plupart (64%) travaillaient à plein temps. Le quart des répondants occupaient un poste à temps partiel. Cette proportion a augmenté par rapport aux données des enquêtes précédentes. Presque tous ceux qui disent occuper actuellement un poste d'ergothérapeute (90%) voient des clients régulièrement. Seulement 18% des répondants travaillent dans le cadre de programmes de santé mentale. La plupart (80%) exercent leur fonction dans d'autres types de programmes. On s'est inquiété récemment du nombre relativement peu élevé d'ergothérapeutes qui exercent leur profession dans des services psychiatriques ou de santé mentale. Les caractéristiques démographiques de cet échantillon soulignent ce motif d'inquiétude. Les répondants travaillent dans des milieux variés (35% dans des établissements de soins actifs; 18% dans des établissements de soins prolongés; 25 % dans des centres de réadaptation; 33% en milieu communautaire, notamment à domicile, dans les écoles, etc., et 11% dans d'autres milieux) et auprès d'une clientèle très variée. Lorsque nous leur avons demandé de décrire leur clientèle, la plupart ont répondu en indiquant des diagnostics (accident vasculaire cérébral) ou des catégories anatomiques (mains) plutôt que des catégories d'incapacité malgré la tendance récente au sein de la profession à ne plus fonder la pratique sur le diagnostic.

b) Comparaison avec d'autres enquêtes. Les caractéristiques démographiques de l'échantillon s'apparentent à celles qui ont été signalées dans d'autres enquêtes récentes portant sur les ergothérapeutes. Par exemple, Madill (1985) a effectué une enquête sur tous les membres de l'ACE afin d'évaluer les choix et les changements de carrière des ergothérapeutes. Un questionnaire a été envoyé à un échantillon de 2 261 ergothérapeutes, dont seulement 1 400 ont répondu. Madill (1985) signale que 42% des personnes interrogées avaient entre 20 et 29 ans et presque tous les répondants (96%) étaient de sexe féminin. Ces résultats sont assez semblables aux nôtres. Dans l'enquête de Madill (1985), 68% des répondants étaient titulaires d'un baccalauréat, alors que dans notre propre enquête, ce pourcentage était légèrement plus élevé (75%). Cette augmentation peut résulter du passage aux programmes de baccalauréat qui s'est fait au cours des dix dernières années et de la tendance des thérapeutes titulaires d'un diplôme à retourner à l'université pour terminer leur baccalauréat.

c) Résultats. Le lecteur trouvera à la section B de la Pièce numéro 1 un aperçu des réponses fournies, c'est-à-dire le pourcentage de répondants qui ont attribué une cote donnée pour chaque résultat. Les cotes moyennes pour chaque résultat sont indiquées en caractères gras. On constate ainsi que les changements observés sur le plan des soins personnels étaient considérés comme moyennement fréquents et comme un résultat très important de l'ergothérapie. Il en va de même pour tous les éléments de résultat dans le domaine des soins personnels, à l'exception de la sexualité où les changements sont peu fréquents et de moyenne importance. Des cotes similaires ont été attribuées aux changements dans le domaine de la gestion du foyer (tenue de maison) et de la productivité (travail productif). Il s'agissait de changements peu fréquents ou peu importants.

Les mentions "sans objet" étaient également plus fréquentes en ce qui concerne la gestion du foyer et la productivité, ce qui témoigne de l'absence de besoin observé chez le client dans ces domaines ou du fait que les thérapeutes ne mettent pas l'accent sur ces domaines.

Dans le domaine des loisirs comme dans celui des soins personnels, les effets des traitements étaient jugés assez fréquents et très importants. En général, les répondants évaluaient les résultats en ce qui concerne les éléments du rendement (dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle) comme assez fréquents et très importants. Quelques résultats particuliers, tels que l'activité réflexe, l'intégration sen-

rielle, la participation à la vie communautaire, la participation à des activités religieuses et les valeurs, étaient considérés comme moins fréquents et moins importants.

Nous avons calculé des cotes indices pour chaque élément des résultats, en multipliant le degré d'importance par le degré de fréquence. Nous avons établi un indice moyen pour chaque domaine de résultat en calculant la moyenne des cotes indices pour les éléments de résultat dans le domaine en question. Les indices moyens étaient relativement plus élevés en ce qui concerne les soins personnels et les loisirs (12) qu'en ce qui concerne la gestion du foyer et la productivité (7). Pour ce qui est des éléments du rendement, les indices moyens pour les dimensions physique, mentale et socio-culturelle sont élevées (12, 12 et 11 respectivement) par comparaison à l'aspect spirituel (9).

En résumé, les cotes attribuées par les ergothérapeutes indiquent que la pratique actuelle est davantage orientée vers l'obtention de résultats dans les domaines des soins personnels et des loisirs que dans le domaine de la tenue de maison ou de l'activité productive. En ce qui concerne les éléments du rendement, la pratique met davantage l'accent sur les dimensions physique, mentale et socio-culturelle que sur l'aspect spirituel.

d) Connaissance et utilisation des lignes directrices. La dernière partie du questionnaire portait sur la connaissance et l'utilisation des lignes directrices produites par des groupes de travail antérieurs (1983), 1986). Une forte majorité (87%) des personnes interrogées ont déclaré connaître le rapport, et 78 % ont dit avoir lu les lignes directrices. Lorsque nous leur avons demandé d'évaluer leur connaissance des lignes directrices, la plupart ont dit les connaître plus ou moins bien (3 sur une échelle allant de 1 à 5), un plus petit nombre ont dit les utiliser modérément ou beaucoup, et un nombre encore plus réduit ont déclaré qu'ils utilisaient le modèle de rendement dans les occupations décrit dans les lignes directrices. Il n'y a pas lieu de s'étonner de ces résultats vu le peu de temps qui s'est écoulé depuis la publication du rapport et le temps qu'il faut pour intégrer des nouveaux concepts et les utiliser dans la pratique clinique.

CHAPITRE VI :

CRITÈRES ET MÉTHODES RECOMMANDÉS POUR LA MISE AU POINT D'INSTRUMENTS DE MESURE DES RÉSULTATS EN ERGOTHÉRAPIE

Une importante recommandation contenue dans le présent rapport a trait à la mise au point et à l'essai d'un ou de plusieurs instruments de mesure des résultats en ergothérapie. Nous décrirons dans ce chapitre les critères et les méthodes recommandés à cet égard.

1. Les instruments devraient être connus spécialement pour l'ergothérapie et les essais devraient permettre d'évaluer dans quelle mesure ceux-ci rendent compte des effets importants de l'ergothérapie. Dans cette optique, on devrait songer à établir des critères pour la mise au point de ces instruments.

   Nous appuyant sur les résultats de l'enquête et de l'analyse des publications sur le sujet, nous avons établi les critères suivants pour l'élaboration de mesures des résultats en ergothérapie. Les mesures des résultats sur le plan du rendement dans les occupations qui découlent de l'ergothérapie devraient :

   a) s'inspirer du modèle de rendement dans les occupations décrit dans les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client;

   b) mettre l'accent sur les trois domaines de rendement (soins personnels, travail productif et loisirs) tout en reconnaissant l'influence du milieu, de la motivation et des rôles du client sur l'état général de ce dernier de même que sur les éléments du rendement (dimensions physique, mentale, socio-culturelle et spirituelle) qui interviennent dans un domaine particulier de rendement;

   c) être capables de déceler les résultats imputables à l'ergothérapie, le modèle de rendement dans les occupations servant de cadre théorique;

   d) rendre compte des trois objectifs de l'ergothérapie : prévenir tout changement entraînant une incapacité, promouvoir des changements positifs en développant ou en rétablissant la capacité fonctionnelle et réduire au minimum les changements négatifs en assurant le maintien de la capacité fonctionnelle;

   e) être capables de détecter les changements sur le plan clinique qui ont rapport aux quatre buts de l'ergothérapie : prévenir les troubles fonctionnels, développer, rétablir et maintenir la capacité fonctionnelle;

   f) ne pas être liées à un diagnostic;

   g) tenir compte des stades de développement et des différences dans les rôles;

   h) être fidèles et valides;

   i) être d'application commode : ne pas prendre trop de temps, être faciles à réaliser, ne pas trop déranger le client, être faciles à noter;

j) pouvoir être quantifiées (cotes partielles et cote totale);

k) être divisées en modules de façon à pouvoir être utilisées en tout ou en partie;

l) servir de base de données pour l'appréciation de la qualité, et

m) être suffisamment souples pour mesurer l'effet de divers types d'intervention (par exemple de réadaptation, de développement, psychosociale, biomécanique).

2. Les instruments élaborés devraient mesurer les trois domaines de rendement dans les occupations (soins personnels, travail productif et loisirs). Ces domaines serviront de point de départ pour l'organisation et la conception d'instruments.

   a) On devrait s'inspirer des instruments qui existent déjà et qui peuvent être adaptés.

   b) Il existe de nombreux instruments de mesure des soins personnels, mais ils n'évaluent pas le rendement et ne tiennent pas compte du milieu, de la motivation et des exigences liées au rôle.

   c) Dans le cas des loisirs, il ne semble pas y avoir d'instruments adéquats. On devrait donc mettre au point de nouveaux instruments pour mesurer le rendement des enfants, des adultes qui travaillent et des retraités.

   d) Rares sont les instruments de mesure des résultats qui permettent d'évaluer le travail productif et ils ne tiennent pas compte du milieu, de la motivation, des exigences liées au rôle et ne mesurent pas le rendement sur le plan des activités productives.

   e) Lors de l'élaboration des instruments, on devra choisir un type de mesure (auto-évaluation, exécution de tâches et observation) adapté au domaine évalué.

3. Les instruments élaborés devraient être mis à l'essai à l'intérieur de divers programmes d'ergothérapie.

   a) On devrait choisir pour les essais des lieux représentatifs d'un éventail de programmes sur le plan du milieu et de la clientèle (par exemple des établissements, des milieux communautaires, urbains, ruraux, une situation géographique, des groupes d'âge et des types de clientèle).

   b) Il faudrait que des patients externes et des patients hospitalisés participent aux essais.

   c) D'abord les essais devraient être effectués en anglais seulement. La mise au point d'un ou de plusieurs instruments de mesure pour des francophones pose d'importants problèmes sur le plan de la traduction de même que sur le plan culturel, lorsque des instruments ont été conçus au départ pour des anglophones. Pour le moment, vu que la majorité des ergothérapeutes travaillent dans des milieux anglophones, il est préférable de commencer par élaborer un test en anglais pour la mesure des résultats. Les tests en français se feront plus tard.

4. Il est recommandé de reprendre le test après un intervalle lorsqu'on évalue des résultats chez des clients.

a) Il faut choisir le moment précis de la mesure (par exemple lors de l'évaluation au moment de l'admission, du congé ou du suivi) en fonction du milieu et du programme.

b) Au moment des essais pratiques il faudrait évaluer la fidélité test-retest, la fidélité de la mesure pour un évaluateur donné et pour plusieurs évaluateurs différents ainsi que la validité des instruments.

GLOSSAIRE DES TERMES EMPLOYÉS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

Pour faciliter ses discussions, le Groupe de travail a défini les termes suivants qui ont trait à l'évaluation des résultats et à la qualité des soins en ergothérapie.

ACTIVITÉ	Acte, fonction ou domaine d'action qui repose sur le concept de l'apprentissage ou de la réalisation par l'expérience directe (Reed et Sanderson, 1980).
ADAPTATION	Ajustement d'un organisme à son milieu ou processus par lequel il renforce cet état d'équilibre (d'après Bordas, Dictionnaire de psychologie, page 21).
APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ	Processus qui comprend à la fois l'évaluation du niveau des soins dispensés et les mesures nécessaires pour l'améliorer (Rosenthal, 1977).
BUT	Objet du programme d'un client ou des activités du thérapeute.
CLIENT	Personne qui reçoit des services d'ergothérapie.
COMPÉTENCE	Connaissances, aptitudes, valeurs et attitudes nécessaires à l'exercice efficace d'activités professionnelles (Butler, 1978).
CRITÈRE	Principe qui sert de base à un jugement d'appréciation.
DOMAINES DE RENDEMENT DANS LES OCCUPATIONS	Loisirs - moments dont on peut librement disposer en dehors des activités professionnelles et personnelles. Travail productif - Activités ou tâches confiées à une personne pour pourvoir à ses besoins, à ceux de sa famille et à ceux de la société par la production de biens et de services (d'après Santé et Bien-être social Canada et l'ACP, 1980). Soins personnels - activité ou tâches courantes qui entretiennent la santé et le bien-être d'une personne dans son milieu (adapté de Reed et Sanderson, 1980).
EFFICACITÉ RÉELLE	Effet moyen d'une méthode appliquée par le dispensateur moyen dans une collectivité moyenne (Rosenthal, 1977).
EFFICACITÉ THÉORIQUE	Capacité d'une méthode ou d'un traitement de produire ou non, dans des conditions optimales, des effets positifs.

EFFICIENCE	Rapport entre la somme de travail utile accompli et l'effort total déployé (Rosenthal, 1977).
ÉLÉMENTS DU RENDEMENT DANS LES OCCUPATIONS	Dimension mentale - réaction émotive et intellectuelle globale d'un individu à son milieu.
	Dimension physique - fonctions motrice et sensorielle (Adapté de Reilly, 1969).
	Dimension socio-culturelle - dimension qui englobe les rapports interpersonnels d'un client avec ses différents milieux : familial, scolaire, ethnique et communautaire.
	Dimension spirituelle - état de bien-être; force qui imprègne toute vie et lui donne un sens.
ÉPREUVE NORMALISÉE	Instrument servant à évaluer un comportement mesurable qui comprend des instructions et du matériel, un système d'enregistrement et de notation permettant la comparaison par rapport à une norme.
ERGOTHÉRAPIE	Art et science fondés sur l'analyse et la pratiqued'activités spécialement axées sur les soins personnels, le travail productif et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont la capacité fonctionnelle est diminuée par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou le vieillissement. Le but est de préserver ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés au réseau de services sociaux, de santé et d'enseignement.
ÉVALUATION	Collecte, analyse et interprétation de données obtenues par l'observation, des entretiens, l'étude de dossiers et la passation d'épreuves.
ÉVALUATION DE PROGRAMME	Examen des résultats des interventions.
ÉVALUATION FONCTIONNELLE	Évaluation de l'interaction des dimensions mentale, physique, socio-culturelle et spirituelle, permettant l'exercice d'activités utiles.
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	Mesure du niveau de qualité des soins administrés à un moment quelconque; ne suppose aucune tentative de changement ou d'amélioration de ce niveau de soins (Rosenthal, 1977).

EXTRANTS	Quantité de services ou de produits fournis par le thérapeute et distribués l'extérieur du service ou du programme.
INTERVENTION	Processus qui consiste à intervenir auprès de quelqu'un pour modifier sa capacité fonctionnelle, par l'entremise d'activités dirigées. Dépend du niveau de développement, de l'état d'esprit, de l'état de santé actuel et prévu du client, du moment, du milieu et des ressources disponibles.
LIGNE DIRECTRICE	Énoncé à partir duquel on peut élaborer des normes ou des critères de mesure de la qualité des soins.
MESURE	Appréciation ou estimation de la valeur d'une chose d'après certaines règles.
MILIEU	Culturel : éthique et système de valeurs d'un groupe de personnes constitué en communauté. Physique : milieu naturel et construit d'un individu; limites structurelles de son espace de vie. Social : interaction des personnes dans une communanté organiseé.
NORME	Niveau établi officiellement avec ses degrés de variation acceptables (Santé et Bien-être social Canada et ACP)
OBJECTIF	But précis ou résultat particulier attendu.
PROCESSUS	Nature et succession des actions et des interactions (dynamique) du traitement administré (Santé et Bien-être social Canada et ACP, 1979).
QUALITÉ DES SOINS	Degré d'excellence de la prestation des services.
RÉÉVALUATION	Processus qui consiste à obtenir et à interpréter les données nécessaires à la mise à jour des objectifs et des plans d'intervention (American Occupational Therapy Association, 1979).
RENDEMENT DANS LES OCCUPATIONS	Activités du client liées aux soins personnels, au travail productif et aux loisirs qui dépendent de facteurs environnementaux et sociaux (Reed et Sanderson, 1980).
RÉSULTAT	Conséquences, effets d'un programme de traitement. Englobe les effets prévus et imprévus. On peut mesurer les résultats d'une intervention auprès d'un client et les consigner pour chaque client, chaque programme ou chaque établissement. Le résultat d'un traitement peut être la prévention d'un trouble fonctionnel ou le

rétablissement, l'amélioration, le maintien ou la détérioration d'une fonction chez un client.

Pour évaluer les résultats d'une intervention auprès d'un client sur les plans quantitatif et qualitatif, il faut utiliser des méthodes systématiques ou scientifiques de mesure. On entend par là des méthodes de mesure normalisées, valides et fidèles qui permettent d'attribuer des résultats à un traitement.

SERVICES D'ERGOTHÉRAPIE — Structure organisationnelle et réseau à l'intérieur desquels des programmes d'ergothérapie sont dispensés (American Occupational Therapy Association, 1979).

STRUCTURE — Système organisé de ressources sociales, économiques, environnementales, matérielles et humaines qui sert de cadre à la prestation des soins de santé (Santé et Bien-être social Canada et ACP, 1979).

TÂCHE — Activité ou travail précis à accomplir; fonction attendue d'une personne qui travaille (Reed et Sanderson, 1980).

THÉORIE — Série d'hypothèses, de préceptes et de règles acceptés qui permettent d'analyser, de prévoir ou d'expliquer la nature ou l'évolution d'un ensemble déterminé de phénomènes (Reed et Sanderson, 1983).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ager, C.L., Olivett, B.L., Johnson, C.L. (1984). Grasp and Pinch Strenght In Children 5 to 12 Years Old. American Journal of Occupational Therapy, 38(2), 107-113.

American Occupational Therapy Association (AOTA) (1979). Uniform Terminology System for Reporting Occupational Therapy Services. Rockville, Maryland.

American Occupational Therapy Association (AOTA) 1979. Role Delineation. Rockville, Maryland.

American Occupational Therapy Association (1984). Standardized Tests Utilized By Occupational Therapists.

Azima, H. (1961). Dynamic Occupational Therapy. Diseases Of The Nervous System, 22, 1-5.

Behnke, C.J., Menarchek Fetkovich, M. (1984). Examining The Reliability And Validity Of The Play History. American Journal Of Occupational Therapy, 38(2), 94-100.

Benson, J. and Clarke, F. (1982). A Guide To Instrument Development And Validation. American Journal Of Occupatonal Therapy, 36, 789-800.

Bishop, Jeanrenaud, and Lawson, (1975). Comparison Of A Time Diary And Recall Questionnaire For Surveying Leisure Activities. Journal Of Leisure Research, 7, 73-80.

Bissell, J., Clark, F. (1984). Dichotic Listening Performance In Normal Children And Adults. American Journal Of Occupational Therapy, 38(3), 176-183.

Bowman, O.J., Katz, B. (1984). Hand Strength And Prone Extension In Right-Dominant, 6 To 9 Year Olds. American Journal Of Occupational Therapy, 38, 367-375.

Brayman, S.J., Kirby, T.F., Misenheimer, A., Short, M. (1976). Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale. American Journal Of Occupational Therapy, 30, 95-100.

Brown, M.A., Gorden, W.A., Diller, L. (1984). Rehabilitation Indicators. In: Halpern, A.S., Fuhrer, M.J. Functional Assessment in Rehabilitation, Baltimore: Paul B. Brookes.

Bruett, T.L., Overs, R.P. (1969). A Critical Review Of 12 ADL Scales, Physical Therapy, 49(8), 857-861.

Butler, F.C. (1978). The Concept of Competence: An Operational Definition. Education Psychology: 7-19.

Casanova, J.S., Ferber, J. (1976). Basic Living Skills. American Journal Of Occupational Therapy, 30, 101-105.

Cooke, T.D. (1983). The Accuracy Of Work Evaluation And Client Productions Of Client Vocational Competency And Rehabilitation Outcome. Journal Of Rehabilitation, May/June/July, 46-49.

Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979). Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings. Chicago: Rand McNally College Publishing Co.

Crewe, N.M., Turner R.R. (1984). A Functional Assessment System For Vocational Rehabilitation. In: Halpern, A.S., Fuhrer, M.J. Functional Assessment In Rehabilitation. Baltimore: Paul B. Brookes.

Cubie, S.H., Kaplan, K. (1982). A Case Analysis Method For the Model Of Human Occupation. American Journal Of Occupational Therapy, 36, 645-656.

Diller, L., Fordyce, W., Jacobs, D. (1981). Rehabilitation Indicators: Overview And Forms. New York National Institute Of Handicapped Research.

Donabedian, A. (1966). Evaluating The Quality Of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44, 166-206.

Donabedian, A. (1980). Explorations In Quality Assessment And Monitoring. Volume 1: The Definition Of Quality And Approaches To Its Assessment.

Donabedian, A. (1983). A Quality Of Care In A Health Maintenance Organization: A Personal View. Inquiry, 20, 218-222.

Donaldson, S.W., Wagner, C.C., Gresham, G.E. (1973). A Unified ADL Evaluation Form. Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 54, 175-185.

Florey, L.L., Michelman, S.M. (1982). Occupational Role History: A Screening Tool For Psychiatric Occupational Therapy. American Journal Of Occupational Therapy, 36(5), 301-308.

Granger, C.V. Gresham, G.E., (eds.) (1984). Functional Assessment In Rehabilitation Medicine. Baltimore: Williams And Wilkins.

Grauer, H., Birnbom, F. (1975). A Geriatric Functional Rating Scale To Determine The Need For Institutional Care. Journal Of The American Geriatrics Society, 23(10), 472-476.

Gregory-Flock, J.L., Yerxa, E.J. (1984). Standardization Of The Prone Extension Postural Test On Children Ages 4 Through 8. American Journal of Occupational Therapy, 38(3), 187-194.

Gregory, M.D. (1983). Occupational Behavior And Life Satisfaction Among Retirees. American Journal Of Occupational Therapy, 37, 548-553.

Gross-Andrew, S., Zimmer, Anna H. (1978). Incentives To Families Caring For Disabled Elderly: Research And Demonstration Project To Strengthen The Natural Supports System. Journal Of Gerontological Social Work, 1(2, Winter), 119-133.

Groupe de travail constitué par Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes (1983), Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client, SBSC, Ottawa.

Groupe de travail constitué par Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne des ergothérapeutes (1986), Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client, SBSC, Ottawa.

Halpern, A.S. Fuhrer, M.J., (ed.) (1984). Functional Assessment In Rehabilitation. Baltimore: Paul B. Brookes.

Harlowe, D., Van Deusen, Julia (1984). Construct Validation Of The St. Mary's CVA Evaluation: Perceptual Measures. American Journal Of Occupational Therapy, 38(3), 184-186.

Harvey, R.F., Jelinek, H.M. (1983). Patient Profiles: Utilisation in Functional Performance Assessment. Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation, 64, 268-271.

Hemphill, B.J. (1980). Mental Health Evaluation Used In Occupational Therapy. American Journal Of Occupational Therapy, 34, 721-726.

Israel, L. et al. (1984). Source Book Of Geriatric Assessment. Vol. 1 - Evaluations In Gerontology; Volume 2 - Review Of Analysed Instruments. New York: Karget (In Association With The World Health Organization).

Jelinek, H.M., Torkelson, R.M., Harvey, R.F. (1982). Functional Abilities and Distress Levels in Brain Injured Patients at Long-Term Follow-up. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 160-162.

Kane, Rosalie, A., Kane, Robert L. (1981). Assessing The Elderly: A Practical Guide To Measurement. Lexington, Mass.: Lexington Books.

Kaplan, K. (1984). Short Term Assessment: The Need And A Response. Occupational Therapy In Mental Health, 4, 29-45.

Katz, S., Ford A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jafee, M.W. (1963). Studies Of Illness in the Aged. Journal Of The American Medical Association, 185(12), 914-919.

Kavanagh, M., Barris, R., and Kielhofner, G. (1985). Environmental Interactions of Retarded Adults. Unpublished Paper, Boston University.

Kaufert, J.M. (1979). Assessing Functional Status Among Elderly Patients. Medical Care, 17 (8, August), 807-817.

Kemp, Bryan J., Vash, C.L. (1971). Productivity After Injury In A Sample Of Spinal Cord Injured Persons: A Pilot Study. Journal Of Chronic Diseases, 24, 259-275.

Kielhofner, G. (1986b). A Review Of Research On The Model Of Human Occupation: Part One. Canadian Journal Of Occupational Therapy, 53, 69-134.

Kielhofner, G. (1986). A Review On the Model Of Human Occupation. Part Two. Canadian Journal Of Occupational Therapy, 53, 129-34.

Kiyak, H.A., Small, R., Sumitani, M. (1985). Adaptation To Person-Environment Incongruence By Elderly With Alzheimer's Disease. (Research Supported By Grant No. AG-04070 From The National Institute On Aging). Paper Presented At Meetings Of The Gerontological Society of America, New Orleans, November 1985.

La Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec, Ministre du Travail et de la Main-d'oeuvre (1980), Analyse de la profession d'ergothérapeute, Québec, (inédit).

Law, M. (1986). Measurement in Occupational Therapy: Scientific Criteria for Evaluation. Unpublished paper, McMaster University.

Lawton, M.P. (1972). Assessing The Competence Of Older People. In: Kent, D.P., Kastenbaum, R., Sherwood, S. (eds.). Research Planning And Action For The Elderly: The Power And Potential Of Social Science. New York: Behavioral Publications.

Lawton, M.P. (1972). The Dimensions Of Morale. In: Kent, D.P., Kastenbaum, R., Sherwood, S. (eds.). Research Planning And Action For The Elderly: The Power And Potential Of Social Social Science. New York: Behavioral Publications.

Lawton, M.P., Moss, M., Fulcomer, M., Kleban, M.H. (1982). A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. Journal of Gerontology, 27(1), 91-99.

Linn, M.W., Gurel, L. and Linn, B.S. (1977). Patient Outcome As A Measure Of Quality Of Nursing Home Care. American Journal Of Public Health, 1977, 67, 337-344.

Madill, H. (1985). A Cross Sectional Analysis of Work Related Issues In Occupational Therapy.l Doctoral Thesis, University of Alberta.

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, (February), 61-65.

Mandell, R.J., Nelson, D.L., Cermak, S.H. (1984). Differential Laterality Of Hand Functions In Right-Handed And Left-Handed Boys. American Journal Of Occupational Therapy, 38(2), 114-120.

Matsutsuyu, J.S. (1969). The Interest Check List. The American Journal Of Occupational Therapy, 23, 323-328.

Mathiowetz, V., Volland, G., Kashman, N., Weber, K. (1985). Adult Norms For The Box And Block Test Of Manual Dexterity. American Journal Of Occupational Therapy, 39(6), 386-391.

Moorehead, L. (1969). The Occupational History. American Journal Of Occupational Therapy, 23, 329-334.

Moss, M., Lawton, M.P., (1982). Time Budgets of Older People: A Window on Four Life Styles. Journal of Gerontology, 37, 115-123.

Nelson, D.L., Weidensaul, N.K., Shing-Ru Shih, Louisa, Anderson, V.G. (1984). The Southern California Postrotary Nystagmus Test And Electronystagmography Under Different Conditions of Visual Input. American Journal Of Occupational Therapy, 38(8), 535-540.

Oakley, F. (1982). The Model Of Human Occupation In Psychiatry (Master's Thesis). Richmond, VA: Department Of Occupational Therapy, Virginia Commonwealth University.

Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R. (1985). An Occupational Therapy Approach To Assessing Psychiatric Patients' Adaptive Functioning. American Journal Of Occupational Therapy, 39, 147-154.

Ottenbacher, K., Grahn, V., Gevelinger, M., Swanton Dauck, B., Hassett, C. (1985). Reliability Of The Behavioral Assessment Scale of Oral Functions In Feeding. American Journal Of Occupational Therapy, 39(7), 436-440.

Parmenter, C.L. (1983). An Asymmetrical Tonic Neck Reflex Rating Scale. American Journal Of Occupational Therapy, 37(7), 462-465.

Peterson, P., Goar, D., Van Deusen, J. (1985). Performance Of Female Adults On The Southern California Visual Figure-Ground Perception Test. American Journal Of Occupational Therapy, 39(8), 525-530.

Punwar, A. (1982). Expanded Normative Data: Southern California Postrotary Nystagmus Test. American Journal Of Occupational Therapy, 36(3), 183-187.

Reed, K.L., Sanderson, S.R. (1980). Concepts of Occupational Therapy. Baltimore. Williams and Wilkins.

Reed, K.L., Sanderson, S.R. (1983). Concepts Of Occupational Therapy. (Second Edition) Baltimore: Williams and Wilkins.

Reilly, M. (1969). The Educational Process. American Journal Of Occupational Therapy 23: 299-307.

Reynolds, W.J., Rushing, William, A., Miles David L. (1974). The Validation Of A Functional Status Index. Journal Of Health And Social Behavior, 271-288.

Rintala, D.H., Alexander, J.L., Willems, E.P., Halstead, L.S. (1980). Clinical Applications Of Longitudinal Functional Assessment. International Journal Of Rehabilitation Research, 3(3), 371-374.

Rintala, D.H., Uttermohlen, D.M., Buck, E., Hanover, D., Alexander, J.L., et al. (1984). Self-Observation And Report Technique (SORT): Description And Clinical Applications. In: Halpern, A.S., Fuhrer, M.J., Functional Assessment In Rehabilitation. Baltimore: Paul B. Brookes.

Rosenthal G. (1977). Assessing the Quality of Medical Care. Medical Care, 9(1), 1-15.

Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne de physiothérapie (1979), Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie, SBSC, Ottawa.

Schoening, H.A., Anderegg, L., Bergstrom, D., Fonda, M., Steinke, N., Ulrich, P. (1968). Numerical Scoring Of Self-Care Status Of Patients. Archives Of Physical Medicine and Rehabilitation, 46(October), 689-697.

Schwartz, J.L., Niman, C.W., Gisel, E.G. (1984). Tongue Movement In Normal Preschool Children During Eating. American Journal Of Occupational Therapy, 38(2), 87-93.

Schwartz, J.L., Niman, C.W., Gisel, E.G. (1984). Chewing Cycles In 4- and 5- Year Old Normal Children: An Index Of Eating Efficiency. American Journal Of Occupational Therapy, 38(3), 171-175.

Shillam, L.L., Beeman, C., Loshin, P.M. (1983). Effect Of Occupational Therapy Intervention On Bathing Independence Of Disabled Persons. American Journal Of Occupational Therapy, 37(11), 744-748.

Staisey, N., Wudwud, P. (1986). A Review Of Functional Ability And Home Environment Assessment Protocols For The Ministry Of Community And Social Services.

Stratton, M. (1981). Behavioral Assessment Scale of Oral Functions In Feeding. American Journal Of Occupational Therapy, 35(11), 719-721.

Szbillo, G.J., Bonstok, S. and Buchanan, L. (1979). Measure Validation Of Leisure Time Activities: Time Budgets And Psychographics. Journal Of Marketing Research, 16, 74-9.

Takata, N. (1969). The Play History. American Journal Of Occupational Therapy, 23, 314-318.

Watts, J., Kielhofner, G., Bauer, D.F., Gregory, M.D., Valentine, D.B. (1986). The Assessment Of Occupational Functioning: A Screening Tool For Use In Long-Term Care. American Journal Of Occupational Therapy, 40, 231-240.

Wilson, D.J., Baker, L.L., Craddock, J.A. (1984). Functional Test For The Hemiparetic Upper Extremity. American Journal Of Occupational Therapy, 38(3), 159-164.

Yerxa E.J., Barber, L.M., Diaz, O., Black, W., Azen, S.P. (1983). Development Of A Hand Sensitivity Test For The Hypersensitive Hand. American Journal Of Occupational Therapy, 37(3), 176-181.

Zemke, R. (1985). Application Of An ATNR Rating Scale To Normal Preschool Children. American Journal Of Occupational Therapy, 39(3), 178-180.

ANNEXE 1

MATÉRIEL AYANT SERVI À L'ENQUÊTE

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Health Services and Promotion Branch
Direction générale des services et de la promotion de la santé

APPENDIX 1-1

November 19, 1986

Your file / Votre référence

Our file / Notre référence

Dear Colleague:

As part of its Clinical Guidelines Program the Department of National Health and Welfare has been collaborating with health professions in developing national guidelines for clinical procedures. Through its task forces, this Program offers coordination and leadership in improving quality of health care, a goal common to the Department and the professions.

One such task force, a collaboration of the Department with the Canadian Association of Occupational Therapists, has been developing national guidelines for clinical practice in occupational therapy. Over the past six years this task force has produced two reports: "Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy" and "Intervention Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy".

Recently, the task force began working toward the development of measures to assess outcomes of occupational therapy. Such measures will give scientific direction to the profession and increase its degree of professionalization. In order to work toward this complex task, the Department has entered into a contract with Dr. Nancy Staisey, to begin by carrying out a survey to determine the characteristics of occupational therapy as it is practised across Canada. Dr. Staisey is an occupational therapist.

As the result of a random sample, you have been selected as one of 200 occupational therapists to participate in this survey. We invite your co-operation by filling in the attached questionnaire and returning it to Dr. Staisey in the next two weeks. For this purpose, a self-addressed, stamped envelope is enclosed.

We thank you in advance for the cooperation and assistance we hope to receive.

Eve Kassirer

Eve Kassirer, MA
Clinical Guidelines Program
Department of National Health
and Welfare
and Coordinator
Task Force on Outcome Measures
in Occupational Therapy

Thelma Gill

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C)
Chairman
Task Force on Outcome Measures
in Occupational Therapy

Enc.

Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Canada

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Health Services and Promotion Branch
Direction générale des services et de la promotion de la santé

RECEIVED [illegible]

le 19 novembre 1986

[illegible]

[illegible]

Cher collègue,

Dans le cadre du programme de principes directeurs des activités cliniques, Santé et Bien-être social Canada a collaboré avec des spécialistes de la santé pour établir des principes directeurs nationaux à l'égard des méthodes cliniques. Par l'intermédiaire de ses groupes de travail, le programme assure la coordination et la direction des efforts visant l'amélioration des soins de santé, but que partagent le Ministère et les spécialistes.

L'un des groups de travail, constitué de représentants du Ministère et de l'Association canadienne des ergothérapeutes, a établi des principes directeurs à l'égard des activités cliniques de l'ergothérapie. Au cours des six dernières années, ce groupe a publié deux rapports: "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client" et "Lignes directrices régissant l'intervention en ergothérapie axée sur le client".

Récemment, le groupe de travail a commencé à travailler à l'établissement de mesures afin d'évaluer les résultats de l'ergothérapie. De telles mesures donneront à la profession une orientation scientifique et augmenteront son degré de professionnalisme. Afin d'atteindre ce but, le Ministère s'est assuré les services du Nancy Staisey (Ph.d) pour mener une enquête qui déterminera les caractéristiques de l'ergothérapie, telle qu'elle se pratique au Canada. Nancy Staisey est une ergothérapeute.

Vous avez été choisi au hasard pour faire partie des 200 ergothérapeutes qui participeront à cette enquête. Nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint puis de le retourner au Nancy Staisey dans les deux semaines à venir. Vous trouverez une enveloppe pré-adressée et affranchie.

Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration et de votre aide.

Eve Kassirer

Eve Kassirer, M.A.
Programme de principes directeurs
des activités cliniques
Ministère de la Santé et du
Bien-être social
et coordinatrice du
Groupe de travail sur l'évaluation
des résultats en ergothérapie

Thelma Gill

Thelma Gill, M. Ed., B, Sc.
Présidente du
Groupe de travail sur l'évaluation
des résultats en ergothérapie

Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Canada

QUESTIONNAIRE ON THE OUTCOMES OF OCCUPATIONAL THERAPY

SECTION A

First, we would like some basic background information about you and where you work.

1. Please check your age below.

___ 20 - 29

___ 30 - 39

___ 40 - 49

___ 50 - 59

___ 60 - 69

___ 70 or above

2. Please indicate your sex.

___ 1. Male

___ 2. Female

3. How many years have you worked directly using your skills as an occupational therapist?

___ years

4. Please indicate your education.

___ 1. Dip O.T.

___ 2. B.Sc.O.T., B.A., B.Sc.

___ 3. M.A.

___ 4. Ph.D.

5. What is your current employment status as an occupational therapist?

___ 1. Full-time

___ 2. Part-time

___ 3. Casual or temporary basis

___ 4. Not currently working as an occupational therapy - If not currently working as an occupational therapist go to Section C.

6. Do you see clients on a regular basis?

___ 1. Yes

___ 2. No If no, go to section C.

7. In what type of program do you work?

___ 1. Psychiatry

___ 2. Other than Psychiatry

8. In what type of setting do you work?

___ 1. Acute care institution

___ 2. Long term care institution

___ 3. Rehabilitation facility

___ 4. Home care

___ 5. School

___ 6. Other Community - Describe_____

___ 7. Other - Describe_____

9. Please describe the type and age of clients which make up the bulk of your caseload.

_____

_____

_____

SECTION B

The following questions concern the outcomes (that is, the impacts or effects) of occupational therapy. Outcomes may represent positive change, effective prevention, or maintenance of the client. In answering the questions, think specifically of the clients you typically treat during a month and in which you feel your therapy has an impact. Be sure to circle an answer to <u>every</u> item using the two scales provided.

	10. As a result of your therapy how <u>frequently</u> do you see changes or impacts in your clients in the following areas? 1 Never 2 3 4 5 Always	11. Please rate the <u>importance</u> of changes, as they contributed to overall functioning of the client, in each of the following as an outcome of occupational therapy? 1 not at all important 2 3 4 5 extremely important
Self Care/Personal Care		
- dressing	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- bathing	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- grooming	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- toileting	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- transferring	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- ambulation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- eating/feeding	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sexuality	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Household Management		
- telephone use	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- driving	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- shopping	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- meal preparation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- housework	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- handyman work	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- laundry	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- money management	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- transportation use	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Productivity		
- employment potential	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- physical capacity for employment	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- practical employment skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- interpersonal employment skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- play for children	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- developmental stage	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- school skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- potential for community/volunteer work	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Leisure		
- physical skills needed for participation in leisure activities/hobbies	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- practical leisure skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- interpersonal skills for leisure activities	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- meaningful use of free time	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	10. As a result of your therapy how frequently do you see changes or impacts in your clients in the following areas? 1 Never 2 3 4 5 Always	11. Please rate the importance of changes, as they contributed to overall functioning, in each of the following as an outcome of occupation therapy' 1 not at all important 2 3 4 5 extremely important
Physical Condition		
- range of motion	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- strength	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- endurance	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sensation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- coordination	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- balance	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- reflex activity	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sensory integration	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- pain	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- appearance	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mental		
- mood/affect	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- cognitive skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- coping	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- perceptual skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- behavior control/ appropriateness	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- body image	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- reaction/adaptation to dysfunction	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- emotional skills	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- self-concept	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- drive/energy level	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Socio-Cultural		
- family relationship	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- community involvement	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- friendships	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- roles and habits	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Spiritual		
- sense of well being	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- vision of self	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- meaning in life	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- attendance at religious activities	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- values	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Other		
- describe: _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- describe: _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

SECTION C

The next questions concern a report titled "Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy". This report was produced by a Task Force on Occupational Therapy Guidelines convened by Health and Welfare Canada and the Canadian Association of Occupational Therapists.

12. Are you aware of the report, Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy?

___ 1. Yes

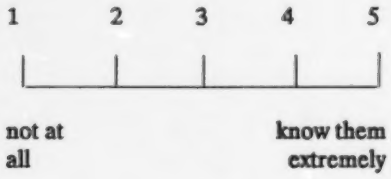
___ 2. No - If no, skip the remaining questions. Thank you for completing the questionnaire.

13. Have you read the Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy?

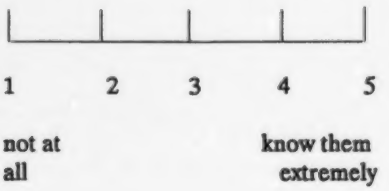
___ 1. Yes

___ 2. No

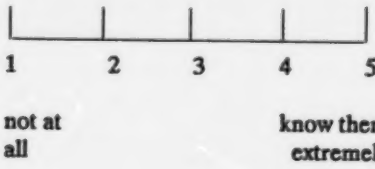
14. How knowledgeable are you of Guidelines for the Client-Centred practice of Occupational Therapy?



15. To what degree have you used the guidelines in your work?



16. To what degree have you used the model of occupational performance, as outlined in the Guidelines, in your work?



Thank your for your cooperation in completing the questionnaire. Please mail it immediately in the enclosed envelope.

QUESTIONNAIRE SUR LES RÉSULTATS DE L'ERGOTHÉRAPIE

SECTION A

Nous aimerions d'abord obtenir quelques renseignements de base à votre sujet.

1. Veuillez indiquer votre âge.

   ___ 20 - 29

   ___ 0 - 39

   ___ 40 - 49

   ___ 50 - 59

   ___ 60 - 69

   ___ 70 ou plus

2.. Veuillez indiquer votre sexe.

   ___ 1. Homme

   ___ 2. Femme

3. Depuis combien d'années êtes-vous ergothérapeute?

   ___ ans

4. Veuillez indiquer votre niveau de scolarité.

   ___ 1. Dip. O.T.

   ___ 2 B.Sc. ou B.A.

   ___ 3. M.A.

   ___ 4. Ph.D.

5. Quelle est votre situation actuelle en tant qu'ergothérapeute?

   ___ 1. À temps plein

   ___ 2. À temps partiel

___ 3. Occasionnel(le) ou temporaire

___ 4. Ne pratique pas l'ergothérapie à l'heure actuelle. Le cas échéant, passez à la section C.

6. Avez-vous des consultations régulièrement?

___ 1. Oui

___ 2. Non Sinon, passez à la section C.

7. Dans quel genre de programme travaillez-vous?

___ 1. Psychiatrique

___ 2. Autre

8. Dans quel genre de milieu travaillez-vous?

___ 1. Établissement de soins aigus

___ 2. Établissement de soins prolongés

___ 3. Service de réadaptation

___ 4. Soins à domicile

___ 5. École

___ 6. Autre communauté - Précisez _____

___ 7. Autre - Précisez_____

9. Veuillez décrire le type de personnes qui composent en grande partie votre clientèle et indiquer leur âge.

_____

_____

_____

SECTION B

Les questions suivantes ont trait aux résultats obtenus (c'est-à-dire aux conséquences ou aux effets) des traitements d'ergothérapie. Les résultats peuvent se traduire par l'amélioration, la prévention, ou la stabilisation de l'état du client. Pour y répondre, songez aux clients que vous traitez généralement pendant un mois et chez qui vous estimez que les traitements donnent des résultats. N'oubliez pas d'encercler une réponse pour tous les points mentionnés, selon l'échelle fournie.

	10. A quelle fréquence observez-vous chez votre client des améliorations pour les points suivants, à la suite des traitements? 1 Jamais 2 3 4 5 Toujours	11. Pour tous les points, veuillez indiquer l'importance des améliorations constatées à la suite des traitements? 1 Sans importance 2 3 4 5 Très importante
Hygiène/soins personnels		
- habillage	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- bain	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- toilette	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- aide pour se servir des	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- toilettes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- transferts	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- marche	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- alimentation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sexualité	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Gestion du foyer		
- utilisation du téléphone	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- conduite automobile	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- emplettes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- préparation des repas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- travaux domestiques	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- travaux manuels	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- lessive	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- gestion du budget	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- utilisation des moyens de transport	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Productivité		
- possibilités d'emploi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- aptitudes aux travaux manuels	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- aptitudes en relations interpersonnelles	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- liées à l'emploi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- jeux (enfants)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- stade de développement	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- apprentissage scolaire	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- possibilité de travail communautaire/bénévole	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Loisirs		
- habiletés physiques requises pour participer à des activités récréatives ou pour s'adonner à certaines occupations	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sens pratique	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- aptitudes en relations interpersonnelles pour s'adonner à des activités récréatives	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- emploi rationnel du temp libre	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	10. A quelle fréquence observez-vous chez votre client des améliorations pour les points suivants, à la suite des traitements? 1 Jamais 2 3 4 5 Toujours	11. Pour tous les points, veuillez indiquer l'importance des améliorations constatées à la suite des traitements? 1 Sans importance 2 3 4 5 Très importante
Condition physique		
- amplitude de mouvement	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- force	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- endurance	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- sensibilité	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- coordination	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- équilibre	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- activité réflexe	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- intégration sensorielle	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- douleur	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- apparence physique	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Etat mental		
- moral/affect	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- faculté cognitive	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- adaptation	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- perception	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- maîtrise/pertinence du comportement	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- image corporelle	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- réaction/adaptation au handicap	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- protections émotives	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- image de soi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- dynamisme	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aspect socio-culturel		
- relations avec la famille	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- participation à la communauté	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- relations avec des amis	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- rôles et habitudes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aspect spirituel		
- sentiment de bien-être	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- vision de soi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- signification de la vie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- participation à des activités religieuses	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- valeurs	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Autre		
- précisez: _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
- précisez: _____	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

SECTION C

Les questions suivantes concernent les "Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client", rédigées par le groupe de travail sur les lignes directrices en ergothérapie. Ce groupe de travail a été formé par Santé et Bien-être social Canada et par l'Association canadienne des ergothérapeutes.

12. Connaissez-vous les lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?

    ___ 1. Oui

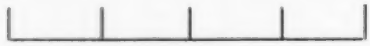
    ___ 2. Non - Sinon, dans la négative, arrêtez-vous ici. Merci d'avoir rempli le questionnaire.

13. Avez-vous lu les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?

    ___ 1 Oui

    ___ 2. Non

14. À quel point connaissez-vous les Lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client?



1 2 3 4 5
pas du tout très bien

15. Dans quelle mesure avez-vous utilisé les lignes directrices dans votre travail?

1 2 3 4 5
pas du tout beaucoup

16. Dans quelle mesure avez-vous utilisé le modèle de rendement au travail, décrit dans les lignes directrices, dans votre travail?

1 2 3 4 5
pas du tout beaucoup

Merci d'avoir rempli le questionnaire. Veuillez le poster immédiatement dans l'enveloppe ci-jointe.

December 5, 1986

Dear Colleague:

Approximately two weeks ago I mailed you a questionnaire on behalf of the Task Force on Outcome Measures in Occupational Therapy. The purpose of the study is to determine the characteristics of occupational therapy as it is practised across Canada. We have not yet received your response. If you have already completed and mailed us your questionnaire, we thank you for your cooperation.

If you have not yet responded, I encourage you to do so as soon as possible. Your response will make an important contribution to the development of measures to assess outcomes of occupational therapy. We look forward to receiving your completed questionnaire and appreciate the effort your will devote to making this study a success.

If for any reason you do not currently have a copy of the questionnaire, please contact me at Price Waterhouse (613) 238-8200. A questionnaire will be forwarded to you immediately.

Thank you for helping to make this study a success.

Yours very truly,
PRICE WATERHOUSE

Nancy Staisey, Ph.D., OT.(C)
Manager

Le 5 décembre 1986

Cher collègue,

Il y a deux semaines, nous vous avons envoyé un questionnaire d'enquête au nom du groupe de travail sur l'évaluation des résultats en ergothérapie du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Si vous l'avez déjà rempli et nous l'avez renvoyé, veuillez ne pas tenir compte du reste de cette lettre. Nous vous remercions de votre collaboration.

Si vous n'avez pas encore répondu à notre questionnaire je vous encourage à le faire le plus tôt possible. Votre réponse aiderait beaucoup le groupe de travail sur l'évaluation des résultats en ergothérapie.

Nous espérons recevoir bientôt votre questionnaire rempli et vous remercions à l'avance pour votre contribution à cette étude. Si, pour une raison quelconque, vous n'avez pas actuellement d'exemplaire de questionnaire, veuillez communiquer avec Nancy Staisey chez Price Waterhouse, (613) 238-8200.

Avec nos remerciements de participer au succès de cette étude, je vous prie de recevoir nos salutations distinguées.

Nancy Staisey, Ph.D., OT.(C)
Directrice